



## Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress

Cristian Ochoa<sup>a, b, c</sup>, Anna Casellas-Grau<sup>a, d</sup>, Jaume Vives<sup>d</sup>, Antoni Font<sup>d</sup>,  
Josep-Maria Borràs<sup>b, c</sup>

<sup>a</sup> Institut Català d'Oncologia, España

<sup>b</sup> Universitat de Barcelona, España

<sup>c</sup> Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), España

<sup>d</sup> Universitat Autònoma de Barcelona, España

Recibido 19 de junio, 2016; aceptado 12 de septiembre, 2016

### PALABRAS CLAVE

Psicoterapia positiva;  
crecimiento  
postraumático;  
supervivientes de  
cáncer; psicología  
positiva; cuasi-  
experimento.

**Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático**

### Resumen

*Antecedentes/Objetivo:* La evidencia científica muestra la importante presencia de cambios vitales positivos, como el crecimiento postraumático (CPT), tras afrontar un cáncer. Sin embargo, ninguna intervención ha sido específicamente diseñada para facilitar el CPT en cáncer. En este artículo, describimos y evaluamos los resultados de la Psicoterapia Positiva dirigida a supervivientes de Cáncer (PPC), diseñada para facilitar el CPT como vía para reducir el malestar emocional y estrés postraumático. Utilizamos indicadores interpersonales para validar la autenticidad del CPT. *Método:* Ciento veintiséis supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional fueron consecutivamente asignados al grupo experimental (PPC) o al grupo de lista de espera. *Resultados:* El grupo de PPC obtuvo significativamente mejores resultados después del tratamiento que el grupo control, mostrando una reducción del malestar psicológico, de los síntomas de estrés postraumático y un incremento del CPT. Los beneficios se mantuvieron a los 3 y 12 meses. El CPT fue corroborado por los seres queridos de los participantes. *Conclusiones:* La PPC parece promover de forma significativa el CPT y reduce el malestar emocional y el estrés postraumático en supervivientes de cáncer. Además, la facilitación de CPT inducido por la PPC es corroborada por los seres queridos.

© 2017 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Psycho-Oncology Unit, Duran i Reynals Hospital, Catalan Institute of Oncology, Av. Gran Via de l'Hospitalet, 199-203, L'Hospitalet de Llobregat, 08908 Barcelona, España

Dirección de correo electrónico: [cochoa@iconcologia.net](mailto:cochoa@iconcologia.net)

**KEYWORDS**

Positive psychotherapy;  
 Posttraumatic growth;  
 Cancer survivors;  
 Positive psychology;  
 Quasi-experiment.

**Abstract**

**Background/Objective:** There is increasing evidence that positive life changes, such as posttraumatic growth (PTG), can result from the experience of coping with cancer. However, no interventions have been specifically designed to facilitate the development of PTG in cancer. In this article, we describe and assess the results of Positive Psychotherapy for Cancer (PPC) survivors. It aims to facilitate PTG as a way of achieving significant reductions in the symptoms of emotional distress and posttraumatic stress. In addition, the corroboration of this PTG facilitation is assessed using interpersonal indicators. **Method:** We allocated 126 consecutive survivors of cancer with high levels of emotional distress and who were seeking psychological support to either an experimental group (PPC) or a waiting list group. **Results:** The PPC group obtained significantly better results after treatment than the control group, showing reduced distress, decreased posttraumatic symptoms, and increased PTG. The benefits were maintained at 3 and 12 months' follow-up. Participants' PTG was correlated to the PTG that their significant others attributed to them, corroborating PTG facilitation. **Conclusions:** PPC appears to promote significant long-term PTG and can reduce emotional distress and posttraumatic stress in cancer survivors. In addition, PTG facilitation induced by PPC is corroborated by significant others.

© 2017 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las enfermedades graves como el cáncer son experiencias vitales adversas con un elevado impacto psicológico. Muchas investigaciones han explorado las consecuencias psicológicas negativas tras pasar por un cáncer, incluyendo la presencia de intensa fatiga, malestar emocional, depresión y estrés postraumático (Haberkorn et al., 2013; Sheppard, Llanos, Hurtado-de-Mendoza, Taylor y Adams-Campbell, 2013). De hecho, entre el 35% y el 38% de los pacientes con cáncer desarrollan malestar emocional significativo (Carlson, Waller y Mitchell, 2012). Existe, también, un volumen considerable de evidencia científica que asocia este malestar emocional con peor calidad de vida, menos adherencia a los tratamientos oncológicos y peor supervivencia general, así como un autocuidado más pobre y un estilo de vida menos saludable (Antoni, 2012; Spiegel, 2012).

A pesar del malestar emocional, un diagnóstico de cáncer también puede desencadenar cambios vitales positivos en los supervivientes (Ochoa, Castejon, Sumalla y Blanco 2013; Sawyer, Ayers y Field, 2010; Sumalla, Ochoa y Blanco, 2009). Estos cambios vitales positivos han sido conceptualizados como crecimiento postraumático (CPT) en la literatura. El CPT se refiere a los cambios cognitivos y conductuales positivos que se dan después del hecho traumático o adverso. De acuerdo con el influyente modelo de Tedeschi y Calhoun (1996), los cambios vitales positivos pueden observarse en varios dominios: a) auto-concepto (p. ej., nueva valorización de las propias fortalezas y resiliencia); b) apreciación de nuevas posibilidades en la vida; c) relaciones sociales (p. ej., sentirse emocionalmente más cercanos a los otros, especialmente a familiares y amigos); d) filosofía de vida (p. ej., reordenación de los propios valores y prioridades); y e) espiritualidad (p. ej., mayor participación en actividades religiosas).

Los resultados de algunos meta-análisis muestran que aquellos pacientes con cáncer que experimentan CPT tienden a adaptarse a su enfermedad con mayor éxito, informan de una mejor salud mental y física, de menos síntomas

de malestar emocional y estrés postraumático, así como de conductas más saludables y una mayor adherencia a los tratamientos oncológicos (Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006; Sawyer et al., 2010).

Tradicionalmente, las psicoterapias en cáncer se han focalizado en la reducción del estrés y en la recuperación del estado emocional previo a la enfermedad. Sin embargo, durante las dos últimas décadas, la Psicología se ha mostrado más interesada en enfatizar el estudio de los aspectos positivos del funcionamiento humano, como las emociones positivas, los significados personales, el crecimiento y las fortalezas, los cuales han conducido a diversas propuestas de intervenciones basadas en la Psicología Positiva para mejorar, con éxito, la calidad de vida y reducir el malestar emocional del paciente con cáncer (Casellas-Grau, Font y Vives, 2014). Un reciente meta-análisis mostraba que aquellos tratamientos psicológicos que más tendían a reducir los síntomas de depresión en pacientes con cáncer fueron, a su vez, los que beneficiaron más su calidad de vida (De la Torre-Luque, Gambará, López, y Cruzado, 2016). Además, las intervenciones psicológicas positivas están mostrando importantes efectos sobre la mejora de los síntomas afectivos (Woodworth, O'Brien-Malone, Diamond y Schütz, 2016).

En el presente estudio se aplicó el programa Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer (PPC), el cual fue desarrollado a partir de una extensa investigación y una revisión de la literatura centrada en el trauma y el CPT (Ochoa et al., 2013; Sumalla et al., 2009; Vázquez, Pérez-Sales y Ochoa, 2014). El objetivo básico de la PPC es facilitar el CPT en supervivientes de cáncer, y fue diseñada para complementar y mejorar los tratamientos psicológicos tradicionales, como los centrados en el control del estrés (Antoni, 2003). Por lo tanto, la PPC se centra primordialmente en los recursos positivos del paciente, como son las emociones positivas, las fortalezas y los sentidos personales (Ochoa et al., 2010; Rashid y Seligman, 2013) dado que se asume que las personas tienen un deseo intrínseco de crecimiento personal, plenitud y felicidad, más que la simple búsqueda

de evitar la miseria, la preocupación o la ansiedad. Una parte sustancial de sufrimiento, malestar emocional y psicopatología en cáncer está relacionada con la enorme y urgente necesidad de realizar cambios vitales positivos (crecimiento), que emerge tras la toma de conciencia total o parcial de la propia mortalidad (Ochoa y Casellas-Grau, 2015). Entonces, una parte importante del sufrimiento del superviviente de cáncer podría estar relacionada con la frustración de esta necesidad inaplazable de crecimiento tras verse amenazada la vida. Tal y como un reciente meta-análisis explora (Roepke, 2014), la facilitación de CPT podría, entonces, proporcionar un marco psicoterapéutico importante cuando se busca la reducción de niveles elevados y sostenidos de malestar emocional y estrés postraumático después del tratamiento oncológico.

En su teoría de valoración orgánica del crecimiento en la adversidad, Joseph y Linley (2006) explican cómo el malestar emocional y el CPT pueden integrarse en un mismo marco de experiencia humana. Los autores distinguen dos procesos principales de adaptación ante los eventos adversos: la asimilación y la acomodación. El proceso de asimilación se centra en el control del evento estresante y en el intento de hacerlo consistente con las propias creencias básicas previas con el objetivo de mantenerlas intactas al cambio. La presencia del malestar emocional severo o del estrés postraumático indica la necesidad de elaborar el hecho traumático que está provocando que la persona cuestione la visión que tiene de ella misma, del mundo y de los otros. El mantenimiento del estrés postraumático y del malestar emocional son indicadores globales de dificultades o disfunción en la asimilación. Por otra parte, el proceso de acomodación representa aquellos cambios que la persona hace en sus creencias básicas en el esfuerzo para incorporar una experiencia difícil e intensa. Cuando estamos promoviendo el CPT, estamos facilitando este proceso para reducir el malestar emocional o el estrés postraumático en respuesta a la información traumática elicitada por el hecho adverso (p. ej., el cáncer).

Existe un debate interesante para las terapias focalizadas en la facilitación del CPT, respecto a la naturaleza "real" o "ilusoria" del CPT en cáncer (Sumalla et al., 2009; Widows, Jacobsen, Booth-Jones y Fields, 2005). Los modelos que enfatizan la naturaleza ilusoria de los procesos de CPT consideran que la asimilación es el mecanismo que opera en este crecimiento expresado (Joseph y Linley, 2006; Sumalla et al., 2009), cuestionando la presencia de cambios positivos identitarios; por lo tanto, estos modelos consideran el CPT como una mera estrategia de afrontamiento. Se afirma que esta estrategia o "ilusión positiva" tiene como objetivo contrarrestar o proteger a la persona del malestar emocional causado por el cuestionamiento que realiza la enfermedad en la coherencia, sentido y la autoestima identitaria (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenwald, 2000). Se han utilizado dos indicadores interpersonales para corroborar la autenticidad del CPT, basados en la información proporcionada por los seres queridos de los pacientes en relación al CPT del superviviente de cáncer (Ochoa et al., 2013). Uno de estos indicadores es el CPT "relacional" o "vicario" que declaran los propios seres queridos (normalmente, sus parejas) en ellos mismos después de la experiencia de acompañar en la enfermedad a su ser querido. El otro indicador interpersonal es el CPT "transmitido" o "corroborado" en el cual los seres queridos confirman si su ser querido superviviente de cáncer ha mostrado CPT (Moore et al., 2011). Por lo tanto, si los seres queridos muestran CPT vicario o pueden corroborar el CPT del paciente, la autenticidad del crecimiento del superviviente de cáncer se ve reforzada (Moore et al., 2011; Ochoa et al., 2013).

re et al., 2011; Ochoa et al., 2013).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, y la falta de estudios específicos en esta área, nos propusimos 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 de lista de espera (control). El presente estudio también evaluó la autenticidad del CPT facilitado por la PPC utilizando indicadores interpersonales.

## Método

### Participantes

Ciento cincuenta y ocho mujeres con diversos diagnósticos de cáncer fueron incluidas como candidatas para formar parte del estudio, entre el mes de abril de 2008 y el mes de octubre de 2013. Las participantes eran derivadas a la Unidad de Psicooncología de un hospital oncológico monográfico (Hospital Duran i Reynals) por los oncólogos o las enfermeras si presentaban malestar emocional al finalizar el tratamiento oncológico primario. Se utilizaron termómetros de malestar emocional, siendo las mujeres con puntuaciones  $\geq 5$  las que se derivaron a la Unidad. En una muestra con cáncer del sur de Europa, se consideró adecuado este punto de corte para detectar morbilidad psicosocial general (Gil, Grassi, Travado, Tomamichel y Gonzalez, 2005). Las participantes que reunían los siguientes criterios de inclusión fueron invitadas a participar en el estudio: a) 18-70 años de edad cronológica; b) presencia de un cáncer primario único; c) tratamiento oncológico primario (cirugía, quimioterapia o radioterapia) finalizado; d) presencia de malestar emocional significativo, con una puntuación global de 10 o más en la HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale); y e) capacidad para entender y leer en lengua española. Fueron excluidos aquellas participantes que declararon haber pasado por un cáncer previamente, tener o haber tenido algún trastorno mental severo (hospitalización o diagnóstico formal de psicosis, ideación suicida o dependencia de sustancias) o estar sufriendo actualmente alguna enfermedad médica grave que pudiera estar afectando el estado cognitivo (p. ej., trastornos neurológicos). Los participantes fueron evaluados en el momento basal (T0), justo después de finalizar la terapia PPC (T1), y a los tres (T2) y 12 meses después de la PPC (T3). El estudio fue llevado a cabo de acuerdo con la última versión de la Declaración de Helsinki. El Comité de Ética del hospital aprobó el estudio, y todos los participantes entregaron por escrito su consentimiento informado de participación y tratamiento de los datos.

### Instrumentos

Utilizamos cuestionarios validados para evaluar el estado de ánimo, el estrés postraumático el CPT y los acontecimientos vitales extremos.

Estado de ánimo. La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) evalúa la ansiedad y la depresión en personas con enfermedades físicas (Zigmond y Snaith, 1983), y ha sido ampliamente utilizado para evaluar el estado de ánimo en pacientes con cáncer. Tiene siete ítems para la evaluación tanto de la ansiedad como de la depresión, y las puntuaciones totales van de 0 a 21. Costa-Requena, Pérez Martín, Salamero Baro y Gil Moncayo (2009) lo validaron en una muestra española de pacientes oncológicos ambulatorios. Los resultados mostraron buena fiabilidad interna en cada subescala (alfa de Cronbach de 0,82 para Ansiedad, y 0,84 para

Depresión). En la presente muestra, se obtuvieron puntuaciones similares (0,79 para Ansiedad y 0,84 para Depresión).

**Estrés Postraumático.** El Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C; Weathers, Litz, Huska y Keane, 1994) es un cuestionario autoinformado de 17 ítems. Utiliza una escala de Likert de cinco puntos, con un rango de puntuación de entre 1 (*no, en absoluto*) y 5 (*extremadamente*), que cubre todos los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático definido por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª edición). Proporciona una puntuación total, así como puntuaciones de cada una de las tres subescalas que lo conforman: Reexperimentación, Evitación e Hiperactivación. En la presente muestra, el PCL-C obtuvo valores adecuados de fiabilidad (0,91 en la escala total, 0,85 en Hiperactivación/reexperimentación, 0,80 en Anestesia y 0,72 Evitación). Estos valores fueron similares a los de la versión española del PCL-C, el cual también obtuvo buenas puntuaciones totales de fiabilidad de 0,90, y coeficientes de 0,87, 0,78 y 0,69 para Hiperactivación/re-experimentación, Anestesia y Evitación (Costa-Requena y Gil, 2010).

**CPT.** El inventario The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996) se focaliza en la evaluación de los cambios positivos que la persona experimenta después del trauma. Se trata de un inventario de 21 ítems que recoge una puntuación total y cinco puntuaciones de las siguientes subescalas: Nuevas posibilidades (5 ítems), Relación con los otros (7 ítems), Fortalezas personales (4 ítems), Apreciación por la vida (3 ítems) y Espiritualidad (2 ítems). Los ítems se miden a través de una escala de Likert de 6 puntos, con un rango de puntuación de entre 0 (*no he vivido este cambio*) y 5 (*he vivido este cambio fuertemente*). En el presente estudio se utilizó la versión española del PTGI, mostrando un buen índice de fiabilidad (0,91) en nuestra muestra, similar al obtenido por Costa-Requena y Gil (2010) de 0,95. Para evaluar la autenticidad de la facilitación de CPT, evaluamos dos indicadores interpersonales: "CPT corroborado" y "CPT vicario" en los familiares. Entonces, a éstos (86,7% parejas, 6,7% hermanos, 6,7% hijos) se les proporcionó una versión modificada del PTGI para recoger la percepción que tenían sobre el CPT de los pacientes (es decir, CPT corroborado). Además, a los familiares también se les pidió que rellenasen el PTGI según la percepción de su propio CPT debido a la enfermedad de su familiar (es decir, CPT vicario). De esta forma, las instrucciones fueron modificadas para preguntar a los familiares sobre su opinión del CPT del paciente, así como de su propio CPT. Para garantizar que ambos (díada) no hablasen entre sí de su PTGI, los cuestionarios fueron enviados por correo certificado a los familiares o parejas, mientras que los pacientes rellenaron sus cuestionarios en el hospital. En ambos casos, las instrucciones explícitamente pedían rellenar los cuestionarios de manera individual, sin hablar de ello con su ser querido.

**Acontecimientos Vitales Extremos.** El Extreme Life Events Inventory (Pérez-Sales et al., 2012) recoge información sobre el número y el impacto (amenaza e influencia de un evento sobre la propia trayectoria vital) de 34 experiencias vitales extremas, la mayoría relacionadas con trauma, pérdida y crisis. Previamente a la experiencia del cáncer, los participantes podrían haber vivido otras experiencias vitales extremas que influyeran sobre el CPT percibido antes de la PPC. En este estudio, el número de acontecimientos extremos previos que influyeron de manera decisiva en la trayectoria vital fue utilizado como variable de control en como la facilitación del CPT predecía la reducción de estrés tras la PPC ( $M = 1,32$ ;  $DT = 1,29$ ).

## Intervención

La PPC tiene como objetivo facilitar el CPT a través de métodos psicoterapéuticos que se han asociado con el desarrollo de cambios vitales positivos tras el cáncer (Tabla 1). El programa consiste en 12 sesiones semanales de 90-120 minutos de duración. Cada grupo estaba compuesto por 8-12 pacientes libres de enfermedad después de completar el tratamiento oncológico primario. Las sesiones estaban divididas en cuatro módulos, cada uno de los cuales tenía sus propios objetivos y duración (Tabla 1). El objetivo general de los dos primeros módulos era la asimilación de la experiencia oncológica, mientras que los dos últimos módulos se focalizaban en facilitar la acomodación y la transformación personal (crecimiento) resultado de pasar por la enfermedad. La guía del programa está disponible en español (Ochoa et al., 2010) y en inglés (Ochoa y Casellas-Grau, 2015).

## Procedimiento

Los participantes fueron asignados de forma consecutiva según se iban reclutando para el estudio y se incluían en el grupo PPC o en el grupo de lista de espera en función de la disponibilidad de la intervención. Cuando la PPC no estaba disponible a corto plazo (más de dos semanas), los participantes eran asignados a la lista de espera durante tres meses (el mismo periodo de tiempo que duraba el tratamiento PPC). Después, por razones éticas, eran asignados a recibir la atención psico-oncológica individual habitual (tratamiento habitual, TH) sin esperar a los 12 meses de seguimiento del grupo PPC. Por esta razón, las evaluaciones del grupo de lista de espera no fueron incluidas como parte del grupo de intervención, y las evaluaciones a los 3 y 12 meses fueron sólo llevadas a cabo en el grupo PPC. El TH en las unidades de psicooncología normalmente se compone de sesiones individuales no sistemáticas focalizadas en el soporte emocional y la psicoeducación. Los cuatro psicólogos clínicos que condujeron la terapia fueron supervisados por dos expertos en la aplicación de la PPC con el objeto de evaluar la fidelidad al manual de intervención (Ochoa et al., 2010). La integridad (o fidelidad) al tratamiento fue directamente evaluada por estos dos supervisores a través de monitores o de videograbación aleatoria sin notificarlo al terapeuta, en el 25% de las sesiones de intervención grupales. También se evaluó la integridad midiendo la adherencia del terapeuta, así como su competencia, con un cuestionario ad-hoc adaptado y resumido de la escala Cognitive Therapy Scale Revised (Blackburn et al., 2001). Este cuestionario ad-hoc evaluaba: organización (la secuencia de los cuatro módulos y sus tareas), integración conceptual, retroalimentación positiva apropiada, aplicación de métodos de cambio positivo y tareas para casa. Los dos supervisores puntuaron los mismos grupos de forma independiente. Se calculó el acuerdo entre los supervisores utilizando el índice  $T$ , el cual permite la fiabilidad entre jueces con escalas ordinales. El acuerdo fue definido como puntuaciones idénticas en un ítem en una escala de 4 puntos. El índice  $T$  general obtenido fue 0,89 (Pe-replechikova, Treat y Kazdkin, 2007).

## Análisis estadístico

El análisis estadístico se desarrolló utilizando el IBM SPSS for Windows, Version 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Las diferencias entre los participantes y los sujetos que no participaron fueron examinadas a través de las pruebas  $t$  de Student y  $\chi^2$ . Además se utilizaron análisis de la variancia multivariados incluyendo medidas repetidas en base al análisis de



**Tabla 1.** Descripción de la Psicoterapia Positiva para Supervivientes de Cáncer.

FASES INICIALES: FAVORECIENDO LOS PROCESOS DE ASIMILACIÓN			
Módulo	Sesión	Objetivo	Elementos terapéuticos en cada sesión
1	1 -2	a. Promover actitudes que facilitan el crecimiento tras la enfermedad b. Favorecer la expresión y procesamiento emocional	1. “Qué significó el diagnóstico para mí?”. Promover la curiosidad vital, la universalidad grupal y la apertura al cambio. 2. Trabajar con emociones positivas y negativas: conciencia somática, simbolización y resignificación emocional adaptativa. 3. Estilos de afrontamiento y regulación emocional: conciencia y evaluación emocional.
2	3 -5	Regulación emocional y afrontamiento	4. Horizontes de cambio positivo y estilo de vida saludable. 5. Fortalezas personales y recuerdos de éxito en el afrontamiento de acontecimientos adversos pasados.
FASES INTERMEDIA Y FINAL: FAVORECIENDO LOS PROCESOS DE ACOMODACIÓN			
3	6 - 9	Facilitación de CPT	6. Dar sentido a la experiencia. Trabajar con recuerdos positivos recientes y remotos. 7. Dar sentido a la experiencia. Pautas personal de realización e intervenciones basadas en la esperanza. 8. Crecimiento relacional. Promover y suscitar el interés hacia los otros significativos y trabajar con modelos positivos en contra de la adversidad. 9. Crecimiento relacional. Intervenciones basadas en la gratitud y el perdón.
4	10-12	a. Aspectos existenciales y espirituales b. Conclusión de grupo	10. Anticipar la recaída, aumento de la conciencia de mortalidad y transitoriedad, y afrontar la anestesia emocional. 11. La trascendencia y el arrepentimiento como vía constructiva. 12. Carta de despedida y revisión de la experiencia grupal.

intención de tratar (AIT) para estudiar los cambios en el grupo de intervención a lo largo del tiempo. Se realizaron análisis de la variancia para estudiar los cambios psicológicos entre grupos a los tiempos T0 y T1, así como la estabilidad de los efectos de la PPC al seguimiento, y se reportó el tamaño del efecto obtenido a través de  $\eta^2$  parcial. Para examinar la corroboración de CPT, se utilizaron la correlación intraclase y la regresión lineal simple, indicando los índices apropiados de índice de correlación intraclase (ICC) y coeficientes de regresión lineal (B), respectivamente, así como intervalos de confianza del 95%. Además, para analizar las variables intra-personales en referencia a la corroboración del CPT, se llevó a cabo un análisis de regresión simple. Finalmente, la evaluación del papel de la facilitación del CPT sobre la reducción de síntomas de estrés postraumático se realizó mediante análisis predictivo, incluyendo coeficientes de regresión lineal (B) e intervalos de confianza del 95%. Se asume la significación estadística a  $p < 0,05$ .

## Resultados

### Grupos de estudio

La Figura 1 muestra el diagrama de flujo del número de participantes incluidos y asignados en cada grupo, seguidos

en el tiempo, y analizados. De los 158 candidatos a ser incluidos en el estudio, 28 declinaron participar, unos por cuestiones de salud ( $n = 6$ ), otros por falta de tiempo ( $n = 9$ ) o por falta de interés ( $n=13$ ). Además, cuatro mujeres no cumplieron con los criterios de inclusión. Las 126 pacientes que permanecieron fueron asignadas bien al grupo control ( $n = 53$ ), bien al grupo PPC ( $n = 73$ ).

### Características de la muestra

Las características sociodemográficas y médicas de ambos grupos se presentan en la Tabla 2. No se encontraron diferencias significativas entre-grupos en la medida de base (T0) en referencia a las puntuaciones de PCL, HADS y PTGI. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre aquellos que declinaron participar y el grupo control.

### Diferencias en los cambios psicológicos entre-grupos en los tiempos T0 y T1

Se llevó a cabo un análisis de la variancia múltiple mixto en base al análisis por la intención de tratar. A los valores perdidos de las respuestas de 9 participantes (14,2%) del grupo PPC y 10 del grupo de lista de espera (18,8%) se le imputó los valores de la última observación realizada. Los resultados revelaron una interacción significativa entre gru-

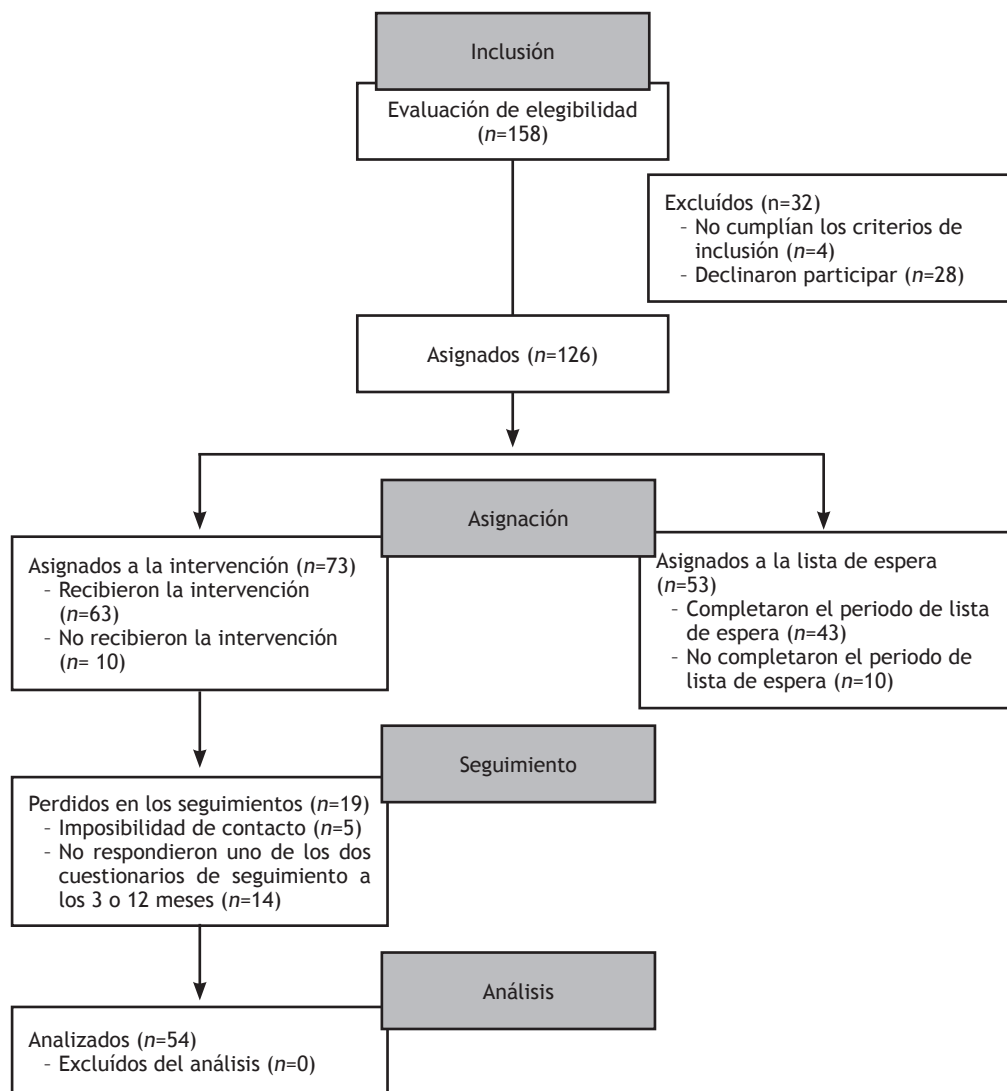


Figura 1. Figura CONSORT de asignación de los participantes en los dos grupos de estudio.

po (PPC vs lista de espera) y entre-tiempo (T0 vs T1),  $F_{(5, 83)} = 5,44$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,25. Concretamente, en comparación con el grupo de lista de espera, la reducción más fuerte de las puntuaciones de PCL y HADS en el grupo PPC indicaron menor afecto negativo y estrés en el momento T1 en aquellos participantes que recibieron la PPC en comparación con aquellos del grupo lista de espera. El valor del tamaño del efecto del  $\eta^2$  parcial sugiere que el programa PPC contribuye notablemente al funcionamiento psicológico positivo. Por otra parte, aunque el grupo PPC mostró un incremento mayor en los valores pre-post del PTGI que el grupo lista de espera, no se detectaron interacciones estadísticamente significativas en ninguna de las subescalas.

De una forma similar, los análisis univariados también indicaron interacciones significativas entre grupos y tiempo en cada una de las subescalas del PCL (Re-experimentación,  $F_{(1, 87)} = 8,16$ ;  $p = 0,005$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,09; Evitación,  $F_{(1, 87)} = 11,46$ ;  $p = 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,12; Hiperactivación,  $F_{(1, 87)} = 17,78$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,17), así como en las dos subescalas del HADS (Ansiedad,  $F_{(1, 87)} = 11,49$ ;  $p = 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,12; Depresión,  $F_{(1, 87)} = 12,07$ ,  $p = 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,12).

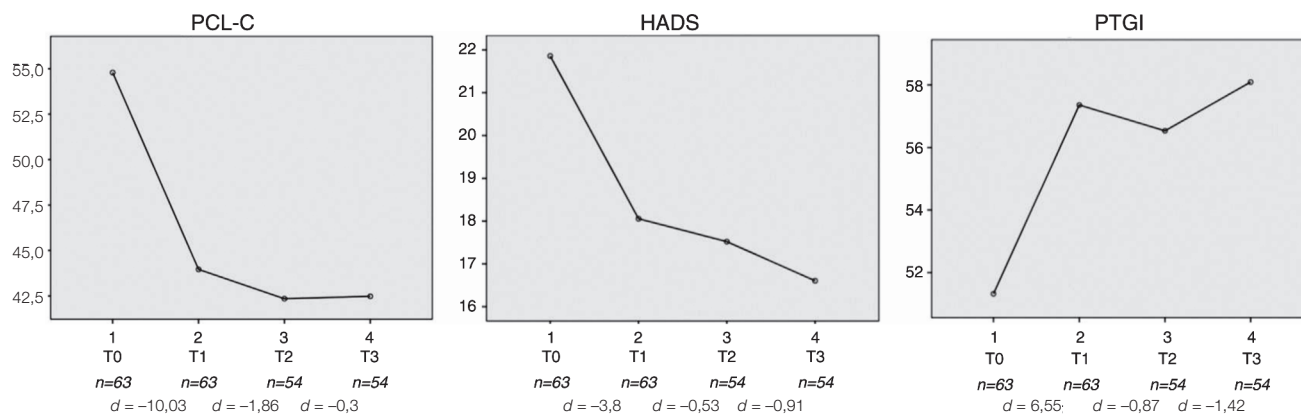
### Estabilidad de los efectos de la PPC en el seguimiento

Para estudiar la evolución del funcionamiento positivo en aquellos participantes asignados al programa PPC, se llevó a cabo un análisis de la varianza multivariante de medidas repetidas con las puntuaciones totales de PCL, HADS y PTGI, en base al análisis por intención de tratar. A los valores perdidos de las respuestas de nueve participantes del grupo PPC (14,2%) y diez del grupo de lista de espera se les imputó los valores de la última observación realizada. El valor  $F$  observado fue estadísticamente significativo  $F_{(9, 62)} = 10,49$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,60. Los tests univariantes mostraron variaciones significativas de las puntuaciones de PCL a lo largo del tiempo,  $F_{(3, 210)} = 38,04$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,35, así como de las puntuaciones de HADS,  $F_{(3, 210)} = 17,92$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,20 y de PTGI  $F_{(3, 210)} = 6,31$ ;  $p = 0,001$ ,  $\eta^2$  parcial = 0,08, en línea con la esperada contribución al funcionamiento psicológico positivo de la intervención, es decir, un decremento de las puntuaciones en PCL y HADS, y un aumento de las puntuaciones de PTGI a lo largo del tiempo (Figura 2).

**Tabla 2.** Comparación de las características sociodemográficas y médicas de los grupos PPC y lista de espera.

	Grupo PPC n=73	Grupo lista espera n=53	p
Edad (años)			0,812
Media	48,93	48,49	
DT	9,486	11,907	
Mín-Máx	31-70	20-70	
Media tiempo desde diagnóstico (meses)			0,0523
Media	17,36	19,08	
DT	12,71	17,03	
Media tiempo desde tratamiento (meses)			0,523
Media	8,34	10,08	
DT	9,92	17,11	
	Grupo PPC % n=73	Grupo lista espera % n=53	P
Situación conyugal			0,220
Casada/emparejada	75,3	86,8	
Separada/divorciada	15,2	3,8	
Soltera	6,8	7,5	
Viuda	2,7	1,9	
Nivel de estudios			0,615
Instituto o menos	53,4	48,1	
Bachillerato o módulos	30,2	38,5	
Universitarios	16,4	13,4	
Situación laboral			0,783
Empleada	11	13,2	
Desempleada	89	86,8	
Hijos			0,977
Sí	79,5	79,2	
No	20,5	20,8	
Tipo de cáncer			0,340
Mama	83,6	96,2	
Cuerpo uterino	4,1	0	
Linfoma de Hodgkins	1,4	1,9	
Linfoma no de Hodgkins	1,4	1,9	
Colon	2,7	0	
Leucemia mieloide	2,7	0	
Ovario/trompa de Falopio	2,7	0	
Recto	1,4	0	
Medicación psicotrópica			0,872
Ninguna	53,4	64,2	
Ansiolítico	26	7,5	
Antidepresivo	5,5	11,3	
Ansiolítico + Antidepresivo	11	13,2	
Hipnóticos	4,1	3,8	
Estadio de cáncer			0,731
0	2,9	0	
I	40,6	45,3	
II	34,8	30,2	
III	17,4	18,8	
IV	4,3	5,7	
Cirugía oncológica			0,520
Sí	89,0	92,5	
No	11,0	7,5	
Tratamiento oncológico			0,977
Quimioterapia	79,5	79,2	
Radioterapia	72,6	84,9	0,101

*Nota.* Las características entre-grupos fueron comparadas utilizando chi-cuadrado, excepto en las variable edad, tiempo desde el diagnóstico y tiempo desde el tratamiento, en los cuales se utilizó el índice T.



**Figura 2.** Resultados psicológicos a lo largo de las evaluaciones: pre-intervención (T0), post-intervención (T1), 3 meses seguimiento (T2), y 12 meses seguimiento (T3).  $d$ = diferencias entre tiempos.

Los contrastes mostraron un componente lineal estadísticamente significativo para PCL  $F_{(1,70)} = 62,47$ ;  $p < 0,001$ , HADS,  $F_{(1,70)} = 44,21$ ,  $p < 0,001$ , y PTGI  $F_{(1,70)} = 9,56$ ,  $p = 0,003$ . Cabe resaltar que el componente cuadrático también resultó ser significativo para PCL,  $F_{(1,70)} = 28,39$ ;  $p < 0,001$ , para HADS,  $F_{(1,70)} = 4,61$ ,  $p = 0,036$ , y para PTGI,  $F_{(1,70)} = 3,95$ ;  $p = 0,050$ , lo cual, de acuerdo con lo que se observa en la Figura 2, sugiere que existe un cambio mayor entre los momentos pre-intervención (T0) y post-intervención (T1), así como una estabilización de puntuaciones en los seguimientos (T1 a T3).

### Autenticidad de la facilitación de CPT

Los resultados del coeficiente de correlación intraclass (CCI) indicaron un acuerdo entre los resultados de PTGI de los pacientes y de los familiares ( $CCI = 0,66$ ;  $95\% CI = 0,48-0,78$ ;  $p < 0,001$ ), corroborando así que ocurrió CPT en el paciente. Después de la PPC, el CCI incluso incrementó levemente ( $CCI = 0,71$ ;  $95\% CI = 0,45-0,84$ ;  $p < 0,001$ ). La regresión lineal mostró que antes de la aplicación del programa PPC existía una relación significativa entre las puntuaciones en el PTGI de los familiares y de los pacientes ( $B = 0,33$ ;  $p = 0,042$ ;  $95\% CI = 0,12-0,65$ ). Sin embargo, la relación pasó a ser no significativa ( $B = 0,28$ ;  $p = 0,115$ ;  $95\% CI = -0,07-0,64$ ) después de completar la PPC de manera que los pacientes obtuvieron puntuaciones más altas en el PTGI que los seres queridos. Por lo tanto, la influencia del CPT del paciente en su familiar fue sólo significativa antes de la PPC.

### El rol predictivo de la facilitación del CPT sobre la reducción de estrés postraumático después de la aplicación del programa

La facilitación de CPT fue calculada utilizando el incremento de las puntuaciones de PTGI (pre-post tratamiento PPC). El rol predictivo de la facilitación de CPT sobre la reducción de estrés después de la PPC fue explorado a través de un análisis predictivo de regresión lineal, el cual resultó en  $0,25$  ( $95\% CI = 0,10-0,41$ ;  $p = 0,052$ ) controlando por el número de acontecimientos vitales extremos previos de cada participante.

### Discusión

Una alta tasa (50%-90%) de aquellos que han pasado por una enfermedad oncológica informan de cambios vitales posi-

tivos (p. ej., PTG), incluso sin haber recibido ninguna intervención psicológica (Sawyer et al., 2010; Sumalla et al., 2009). Aunque estos cambios vitales positivos están asociados con una mejor adaptación a la enfermedad (Helgeson et al., 2006; Morrill et al., 2006; Sawyer et al., 2010), el potencial del tratamiento psicológico para facilitar el CPT y mejorar la adaptación a la enfermedad mediante la reducción del malestar emocional o del estrés postraumático (Roepke, 2014) es todavía poco conocido. La terapia cognitivo-conductual de control del estrés (Antoni, 2003) fue la primera terapia que mostró el potencial de las psicoterapias para promocionar el crecimiento en pacientes con cáncer medido mediante un inventario de búsqueda de beneficios (Antoni et al., 2006; Penedo et al., 2006). Sin embargo, esta terapia fue diseñada para focalizarse en el control del estrés, por lo cual se considera que el incremento en el CPT como un efecto secundario. En el presente estudio, nuestro objetivo principal fue comprobar la hipótesis de que la PPC, que sí fue específicamente diseñada para facilitar el CPT en pacientes con cáncer, puede conseguir reducción de estrés significativa.

Los resultados mostraron que el CPT pudo ser facilitado por el programa PPC y que los incrementos de CPT estaban asociados con la reducción del malestar emocional, así como del estrés postraumático. El grupo PPC en comparación con el grupo de lista de espera, mostró un incremento del CPT al comparar los resultados antes de la intervención (T0) y los de después (T1), que se mantuvieron en los seguimientos a 3 y 12 meses, aunque este incremento no resultó ser estadísticamente significativo. Sin embargo, la facilitación de CPT sí predijo una reducción en estrés postraumático después de la PPC, controlando por el número de acontecimientos vitales extremos vividos.

En relación a la evolución de las puntuaciones en PCL y HADS, los resultados sugirieron un cambio mayor entre los tiempos pre-intervención (T0) y post-intervención (T1), así como una estabilización de los resultados en los seguimientos (T1 a T3). Un estudio de meta-análisis (Helgeson et al., 2006) clarificó la relación entre el estrés y el crecimiento, observando que altos niveles de crecimiento y de malestar emocional podían coexistir en las fases iniciales del cáncer, pero que el crecimiento estaba asociada a una reducción del malestar emocional en fases más tardías de la supervivencia. Después del tratamiento primario agudo del cáncer, parece que el CPT surge como una forma de acomodación de la experiencia oncológica, que tiene un valor terapéutico a través de una reducción del estrés, tal y como muestran nuestros resultados.



Las terapias psicológicas que se focalizan en el control del estrés han demostrado el mayor impacto terapéutico en pacientes con malestar emocional que están inmersos en el afrontamiento de los estresores iniciales del cáncer, como el diagnóstico y el tratamiento (Antoni, 2003; Penedo et al., 2006). Sin embargo, los resultados sugieren que la facilitación del CPT a través de la PPC podría ser especialmente oportuna para la reducción de estrés en pacientes que muestran altos niveles de estrés o malestar emocional después de completar el tratamiento oncológico. La facilitación del CPT en estas situaciones podría servir como una forma de aportar sentido, de procesar el malestar emocional y de intentar acomodar creencias previas que la enfermedad ha cuestionado generando sufrimiento. Así, los tratamientos psicológicos en cáncer necesitan adecuarse a la fase del proceso oncológico, de manera que, en las fases iniciales, durante el diagnóstico y los tratamientos oncológicos primarios, podrían ser adecuadas las terapias de control del estrés, las cuales están más orientadas a controlar la amenaza de los estresores iniciales (intervención quirúrgica, quimioterapia y radioterapia). Después de los tratamientos oncológicos primarios, sería más adecuada una terapia focalizada en la facilitación del CPT, en la cual los pacientes empiezan a acomodar la experiencia y están abiertos a considerar cambios vitales. De hecho, existe una asociación entre altos niveles de estrés postraumático y la pérdida de calidad de vida en supervivientes de cáncer (Haberkorn et al., 2013), la cual puede ser amortiguada por el CPT (Morrill et al., 2006) después de los tratamientos oncológicos.

También teníamos como objetivo evaluar la autenticidad del CPT inducido por la PPC. Encontramos que el CPT de los pacientes fue corroborado por sus familiares antes y después de la PPC, obteniendo unas correlaciones pre-tratamiento similares a las obtenidas en otros estudios (Moore et al., 2011; Shakespeare-Finch y Barrington, 2012). Sin embargo, éste es probablemente, el primer estudio en que los familiares también corroboraron el CPT inducido por el tratamiento psicológico, fortaleciendo, por tanto, la correlación entre el CPT auto-informado y el corroborado, y aportando autenticidad relacional a los resultados de la PPC.

Por otra parte, al comparar el CPT entre los pacientes y sus otros significativos parece que el incremento de CPT observado entre los pacientes de cáncer después del programa PPC no explica los cambios de CPT observados en sus seres queridos, incluso cuando éstos últimos podían percibir y corroborar el CPT de los pacientes. Estos resultados pueden ser entendidos por la ausencia de tratamiento psicológico en los seres queridos. Tal y como muestran algunos estudios, el CPT inducido durante el diagnóstico y tratamiento oncológico puede generar cambios positivos y CPT en los familiares. Sin embargo, este proceso probablemente ocurre principalmente a través de un crecimiento vicario, cuando los seres queridos se implican en el impacto emocional inicial y las necesidades del paciente (Ochoa et al., 2013); este proceso es más difícil de mantener durante la supervivencia al acabar los tratamientos primarios, cuando se aplicó la PPC. De hecho, muchos supervivientes han comentado esta falta de atención, empatía y armonía que se da después del tratamiento oncológico en sus seres queridos: “ellos (los otros significativos) creen que todo está bien ahora (después del tratamiento), pero yo no lo siento así” (Ochoa et al., 2010). Por lo tanto, cuando los familiares no reciben ningún tratamiento psicológico y no perciben que la amenaza permanece en el superviviente de cáncer, el crecimiento vicario puede ser dificultado y no contagiarse tras la PPC. Esta hipótesis de que los familiares necesitan

participar en el tratamiento psicológico para facilitar el CPT ya fue reforzado en un estudio reciente (Heinrichs et al., 2011) en el cual los autores realizaron tratamiento psicológico grupal para supervivientes de cáncer y sus parejas. Los resultados mostraron que el CPT se incrementaba tanto en los supervivientes como en los familiares después del tratamiento psicológico si se realizaba sobre ambos.

Los hallazgos del presente estudio deberían ser evaluados en el contexto de las limitaciones del mismo. Primero, el grupo control no fue ideal porque, aparte del problema ético que comporta esperar por un tratamiento, las expectativas de la espera podrían haber influenciado los resultados. Más aun, el grupo de lista de espera sólo fue evaluado al inicio y al cabo de tres meses, sin seguimientos posteriores, y hubiera sido preferible comparar la PPC con tratamientos activos tradicionales con soporte empírico. La principal limitación de este estudio es la ausencia de la asignación aleatoria de los participantes a las condiciones de tratamiento. Por lo tanto, aunque la PPC parece promover el CPT a largo plazo, su eficacia requiere una validación con estudios controlados, aleatorizados y con seguimientos más largos. Finalmente, tal y como ocurre en los programas de tratamiento psicológico multicomponente, en nuestro estudio no es posible distinguir qué elementos del programa son los que obtuvieron mayor o menor impacto psicoterapéutico.

En resumen, este estudio muestra los efectos positivos de facilitar el CPT en supervivientes de cáncer a partir de un programa de PPC en comparación con un grupo control en lista de espera. Según nuestro conocimiento, éste es el primer estudio que muestra que un tratamiento focalizado en el CPT podría conseguir reducciones significativas y mantenidas tanto de estrés postraumático como de malestar emocional. La facilitación de CPT parece ser una vía óptima para reducir de forma mantenida las reacciones de estrés y malestar emocional en supervivientes de cáncer. Tal facilitación es corroborada por los seres queridos de los supervivientes.

## Financiación

Este manuscrito fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III (FIS PI15/01278) y cofinanciado por los fondos FEDER// European Regional Development Fund (ERDF)- a way to build Europe.” // FONDOS FEDER “una manera de hacer Europa”. Grup de Recerca Consolidat: Recerca en Serveis Sanitaris en Càncer. 20145GR0635

## Referencias

- Antoni, M. H. (2003). *Stress Management Intervention for Women with Breast Cancer*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Antoni, M. H. (2012). Mini-review: Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior and Immunity*, 30, 88-98. doi:10.1016/j.bbi.2012.05.009
- Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Philips, K., Glük, S. y Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1143-1152.
- Blackburn, I.-M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A. y Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): Psychometric properties. *Behavioural and*

- Cognitive Psychotherapy*, 29, 431-446. doi:10.1017/S1352465801004040
- Carlson, L. E., Waller, A. y Mitchell, A. J. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: Review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1160-1177. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5509
- Casellas-Grau, A., Font, A. y Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.3353
- Costa-Requena, G. y Gil, F. (2007). Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 229-250.
- Costa-Requena, G. y Gil, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms in cancer: Psychometric analysis of the Spanish Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version. *Psycho-Oncology*, 19, 500-507. doi:10.1002/pon
- Costa-Requena, G., Pérez Martín, X., Salamero Baro, M. y Gil Moncayo, F. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). *Ansiedad y Estrés*, 15, 217-229.
- De la Torre-Luque, A., Gambara, H., López, E. y Cruzado, J. A. (2016). Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 211-219. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.07.005
- Gil, F., Grassi, L., Travado, L., Tomamichel, M. y Gonzalez, J. R. (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 13, 600-606. doi:10.1007/s00520-005-0780-0
- Haberkorn, J., Burbaum, C., Fritzsche, K., Geser, W., Fuchs, D., Ocaña-Peinado, F. M., y Schubert, C. (2013). Day-to-day cause-effect relations between cellular immune activity, fatigue and mood in a patient with prior breast cancer and current cancer-related fatigue and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 2366-2372. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.03.001
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W. y Baucom, D. H. (2011). Cancer Distress Reduction with a Couple-Based Skills Training: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 43, 239-252. doi:10.1007/s12160-011-9314-9
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816. doi:10.1037/0022-006X.74.5.797
- Joseph, S. y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053. doi:10.1080/15325020500358241
- Moore, A. M., Gambling, T. C., Geller, D. A., Youseff, M. N., Hoffman, K. E., Gemmell, L., Likumahuwa, S. M., Bovbjerg, D. H., Marsland, A. y Steel, J. L. (2011). A prospective study of post-traumatic growth as assessed by self report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho-oncology*, 20, 479-487. doi:10.1002/pon.1746
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A. y Rimer, B. K. (2006). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-oncology*, 17, 1093-1098. doi:10.1002/pon.1313
- Ochoa, C. y Casellas-Grau, A. (2015). Positive Psychotherapy in Cancer: Facilitating Posttraumatic Growth in Assimilation and Accommodation of Traumatic Experience. En C.R. Martin, V. R. Preedy y B. P. Vinood (Eds.), *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder* (pp.113-127). Verna: Springer International Publishing Switzerland.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. C. y Blanco, I. (2013). Post-traumatic growth in cancer survivors and their significant others: Vicarious or secondary growth? *Terapia Psicológica*, 31, 81-92. doi:10.4067/S0718-48082013000100008
- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicossocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7, 7-34. doi:10.4067/S0718-48082013001000008
- Penedo, F. J., Molton, I., Dahn, J. R., Shen, B. J., Kinsinger, D., Traeger, L., Siegel, S., Schneiderman, N. y 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, 261-270. doi: 10.1207/s15324796abm3103\_8
- Perepletchikova, F., Treat, T.A. y Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 829-841. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.829
- Pérez-Sales, P., Eiroa-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A. y Vergara, M. (2012). Vivo Questionnaire: A Measure of Human Worldviews and Identity in Trauma, Crisis, and Loss—Validation and Preliminary Findings. *Journal of Loss and Trauma*, 17, 236-259. doi:10.1080/15325024.2011.616828
- Rashid, T. y Seligman, M. E. P. (2013). Positive Psychotherapy. En R.J. Corsini y D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 461-498). Belmont: CA: Cengage.
- Roepke, A. M. (2014). Psychosocial Interventions and Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 129-142. doi: 10.1037/a0036872
- Sawyer, A., Ayers, S. y Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436-447. doi:10.1016/j.cpr.2010.02.004
- Shakespeare-Finch, J. y Barrington, A. J. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 433-439.
- Sheppard, V. B., Llanos, A. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Taylor, T. A. y Adams-Campbell, L. L. (2013). Correlates of depressive symptomatology in African-American breast cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 292-299. doi:10.1007/s11764-013-0273-y
- Spiegel, D. (2012). Mind matters in cancer survival. *Psycho-Oncology*, 21, 588-593. doi: 10.1002/pon.3067
- Sumalla, E. C., Ochoa, C. y Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.006
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.99
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-71. doi:10.1002/jts.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Ochoa, C. (2014). Posttraumatic growth: Challenges from a cross-cultural viewpoint. En G. A. Fava y C. Ruini (Eds.), *Increasing psychological well-being across cultures* (pp. 57-74). Nueva York, NY: Springer International Publishing.
- Weather, F.W., Litz, B.T., Huska, J.A. y Keane, T. M. (1994). *PTSD Checklist—Civilian version*. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division.
- Widows, M., Jacobsen, P., Booth-Jones, M. y Fields, K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24, 266-273. doi:10.1037/0278-6133.24.3.266
- Woodworth, R.D., O'Brien-Malone, A., Diamond, M.R. y Schütz, B. (2016). Happy days: Positive psychology interventions effects on affect in a N-of-1 trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 21-29. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.07.006
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x