

PSICOTERAPIA POSITIVA GRUPAL EN CÁNCER. HACIA UNA ATENCIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL DEL SUPERVIVIENTE DE CÁNCER

Cristian Ochoa*, Enric C. Sumalla*, Jorge Maté*, Vanesa Castejón**, Ana Rodríguez*, Ignacio Blanco*** y Francisco Gil*

* Unidad de Psico-Oncología Hospital Duran i Reynals. Institut Català d'Oncologia.

** Hospital Universitario de Bellvitge.

*** Unidad de Consejo Genético. Hospital Duran i Reynals, Institut Català d'Oncologia.

Resumen

Objetivo: Las enfermedades graves como el cáncer pueden vivirse como experiencias traumáticas y/o como impulso para realizar cambios vitales positivos (ej. crecimiento post-traumático). El programa de psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer que realizamos integra ambos elementos, trauma y crecimiento. Los objetivos del programa no son sólo la reducción de emociones negativas (malestar emocional o sintomatología postraumática) sino el trabajo con emociones positivas y la facilitación de crecimiento postraumático.

Método: Los elementos de trabajo psicoterapéutico que han mostrado evidencia en la consecución de estos objetivos y que componen los módulos de este programa son: favorecer la expresión y procesamiento emocional, entrenar habilidades de regulación emocional y estrategias de afrontamiento, trabajo con elementos facilitadores del crecimiento post-traumático y confrontación con los aspectos existenciales y espirituales que surgen tras el diagnóstico y tratamiento oncológico. Además de estos aspectos psicoterapéuticos, complementamos el programa con otros factores relevantes en la adaptación psicosocial tras la enfermedad como: el fomento de estilos de vida saludables, la adherencia a los tratamientos oncológicos, la reinserción laboral y los comportamientos solidarios.

Abstract

Serious diseases like cancer can be experienced as traumatic and/or as opportunity to make positive life changes (ex., posttraumatic growth). The positive group psychotherapy program for cancer survivors integrates both elements, trauma and growth. The program aims are not only reducing negative emotions (emotional distress or post-traumatic symptoms) but work with positive emotions and facilitation of posttraumatic growth. Psychotherapeutic work items that have shown evidence in achieving these objectives are reflected in the modules of the program: to encourage expression and emotional processing, emotional regulation skills training and coping strategies, facilitating post-traumatic growth and confrontation with the existential and spiritual issues that arise after diagnosis and cancer treatment. Besides this psychotherapeutic works we implement other relevant factors in psychosocial adjustment after treatment as promoting: healthy lifestyles, adherence to cancer treatment, the reemployment and social supportive behaviors. Preliminary results from the program show greater reduction of posttraumatic symptoms and increased posttraumatic growth in positive psychotherapy program at 3 months follow up when compared to a previous program focused only on reducing emotional distress.

Correspondencia:

Cristian Ochoa Arnedo.

Unidad de Psico-Oncología. Hospital Duran i Reynals. Institut Català d'Oncologia.

Av. Gran Via de l'Hospitalet, 199-203. 08907.

L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

E-Mail: cochoa@iconcologia.net

Resultados: Los resultados preliminares del programa muestran mayor reducción de sintomatología postraumática y mayor crecimiento postraumático en el programa de psicoterapia positiva en el seguimiento a 3 meses al compararlo con un programa anterior centrado únicamente en la reducción de malestar emocional.

Palabras clave: Psicología positiva, psicoterapia positiva, supervivientes cáncer, psicoterapia grupal, emociones positivas, crecimiento postraumático, adaptación psicosocial, psicooncología.

Key words: Positive psychology, positive psychotherapy, cancer survivor, group psychotherapy, positive emotions, posttraumatic growth, psychosocial adjustment and psychooncology

INTRODUCCIÓN

Adjetivar a la Psicología o la Psicoterapia como “Positiva” puede resultar redundante o innecesario ya que, como recuerda Pérez-Sales⁽¹⁾, “toda psicoterapia es positiva”. Es positiva porque, esencialmente, la psicoterapia siempre persigue algún tipo de transformación o desarrollo personal, aunque en el ámbito sanitario este aspecto siempre ha quedado relegado a un segundo término. Arraigado en un contexto histórico medico-psiquiátrico, el lenguaje de la psicología clínica se ha impregnado de la ideología de la “enfermedad”, convirtiéndose en el lenguaje de la medicina y la psicopatología. Así, hemos estrechado el foco de la psicología clínica a lo que es débil y deficiente, más que a lo que es fuerte y saludable. Consecuentemente, en el estudio del impacto vital del cáncer como en otras situaciones estresantes extremas o traumáticas, se ha enfatizado el malestar emocional y psicopatología asociados, en detrimento del estudio de las fortalezas y cambios positivos que muestran y refieren las personas que afrontan una enfermedad grave. El auge y creciente interés en lo que se ha convenido en llamar “Psicología Positiva”⁽²⁾ debería ayudarnos a unir e integrar en un mismo foco de estudio los aspectos de daño y sufrimiento (malestar emocio-

nal, sintomatología de estrés postraumático) y crecimiento (cambios positivos, crecimiento postraumático) que amplíe el conocimiento de estos fenómenos desde un mismo marco de experiencia humana. La idea de que el crecimiento personal llega (o se consigue) a través del sufrimiento está presente en multitud de relatos literarios y filosofías a lo largo de la historia de la humanidad, además de ser una idea central de la tradición humanístico-existencial de la psicología. Al mismo tiempo, la motivación a que se puede encontrar un valor en el sufrimiento se extiende por muchas religiones Orientales (Budismo) y Occidentales (Cristianismo)⁽³⁾.

Esta integración de elementos psicoterapéuticos más tradicionales (soporte-expresivo-psicoeducativo) centrados en el malestar, con algunas de las propuestas basadas en la Psicología Positiva Aplicada^(4,5) es lo que llamamos Psicoterapia Positiva. Los elementos psicoterapéuticos específicos de la Psicoterapia Positiva en los que nos centraremos son el trabajo con emociones positivas y la facilitación de crecimiento postraumático en forma de cambios vitales positivos.

En el presente trabajo expondremos la guía de intervención del programa de psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer que llevamos realizando des-

de hace tres años en la Unidad de Psico-Oncología del Hospital Duran i Reynals en el Institut Català d'Oncologia. El programa ha ido evolucionando de un enfoque focalizado en el cáncer como experiencia traumática a un abordaje donde se integra trauma y crecimiento en la enfermedad.

Aspectos Formales del Programa

Las características formales de este programa de tratamiento psicológico siguen las recomendaciones generales de los principales manuales y textos sobre terapia grupal en cáncer, en cuanto a número de sesiones, duración de las mismas y composición de los grupos⁽⁶⁻⁸⁾. El programa consta de 12 sesiones de frecuencia semanal de 90-120 min. de duración, con dos seguimientos a los 3 y 12 meses de finalizar la fase de tratamiento psicológico. La composición de los grupos son de 8-12 mujeres post-tratamiento oncológico (mínimo 3 meses) y libres de enfermedad, mayoritariamente con cáncer de mama pero no únicamente.

Consideramos que en torno a los tres meses, una vez finalizado el tratamiento oncológico, es el momento idóneo para iniciar una tarea psicoterapéutica que favorezca la adaptación psico-social del superviviente en cáncer. Es un momento crítico ya que el control pasa de los "médicos y el hospital" a la propia persona y es donde surgen muchas cuestiones vitales importantes que se resumen en ese "¿Y ahora qué?" que la mayoría expresa.

Enfoque psicoterapéutico

El modelo de psicoterapia grupal que seguimos es un modelo que trata de integrar desde una óptica de construcción de narrativas terapéuticas⁽⁹⁾ principalmente elementos de las orientaciones cognitivo-conductual y humanístico-experiencial. Las sesiones se dividen en 4 módulos (ver

tabla 1) de diversa duración y con objetivos diferentes, que se adaptan y flexibilizan al ritmo del grupo. El objetivo general de los dos primeros módulos es favorecer los procesos de asimilación de la experiencia oncológica mediante el trabajo con elementos que permitan una mayor regulación emocional. Los dos últimos módulos, más extensos, se focalizan en favorecer los procesos de acomodación y transformación personal de la experiencia con la enfermedad.

Los elementos terapéuticos comunes que comparten las intervenciones grupales⁽¹⁰⁾ son de especial aplicación en cáncer. Toda terapia grupal infunde la esperanza de cambio, favorece la expresión y ventilación emocional (catarsis), ayuda a ver que uno no es el único que sufre (universalidad), ofrece la guía e información del terapeuta, facilita el altruismo, cohesión, mayor socialización y aprendizaje interpersonal. Todo esto sucede en un microcosmos social, que es el grupo, donde pueden reproducirse y también abordarse esos conflictos interpersonales y existenciales que traen a muchos pacientes a pedir ayuda psicológica.

En un grupo de terapia, a diferencia de otros grupos de apoyo mutuo, se espera un cambio en la forma de comportarse, sentir o ser de carácter amplio y duradero en los pacientes. Para lograr eso el terapeuta ha de adoptar una posición más directiva y trabajar en el aquí y ahora. En el grupo de terapia adquiere prioridad lo que pasa en la inmediatez de la sesión sobre lo que pase fuera, principalmente en las primeras sesiones. En este sentido, siempre comentamos que el grupo puede verse como un "laboratorio" donde ensayar en un lugar más seguro aquello que luego uno quisiera reproducir o generalizar fuera.

Será básico que el terapeuta esté familiarizado y formado en *Counselling* en contexto oncológico⁽¹¹⁾ y en habilidades para psicoterapeutas⁽¹²⁾. En una psicoterapia po-

sitiva, las intervenciones han de tener un carácter indagatorio de auténtico interés, que fomenten en los miembros del grupo curiosidad en sí mismos y en el resto de miembros. Apuntar que, la esperable y necesaria empatía que ha de tener el terapeuta que trabaje en este enfoque, ha de pasar también por conocer y ser consciente de los riesgos que supone no regular esta forma de conexión con el otro para cualquier profesional de la ayuda. Ser consciente de la distancia y límites emocionales adecuados para regular la sintonía empática con un paciente oncológico, son claves para evitar síndromes de desgaste profesional como el *Burnout* o la Fatiga por Compa-

sión. Es ésta una de las áreas donde puede resultar útil e incluso imprescindible una supervisión psicoterapéutica. La tabla 1 resume las sesiones y elementos terapéuticos del programa.

MÓDULO 1: EXPRESIÓN Y PROCESAMIENTO EMOCIONAL DE LA EXPERIENCIA

Hacia una visión positiva de las emociones

Toda emoción, en sí misma, es positiva. Lo es, porque toda emoción tiene una tendencia de acción primaria que persigue la

Tabla 1. **Programa de psicoterapia positiva grupal en supervivientes de cáncer.**

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

adaptación al medio. La emoción siempre trata de cumplir una función adaptativa que es inherente a ella. En la literatura, al hablar de emociones positivas en general hace referencia a su valencia afectiva. El que la emoción sea agradable y placentera (alegría o disfrute) o que genere malestar (rabia, miedo y tristeza) se identifica con el carácter positivo o negativo de la misma, respectivamente. No estaríamos de acuerdo con esta distinción. Lo que haría que una emoción fuese positiva es que ayude a adaptarse al medio en que se vive independientemente de su valencia afectiva. Sabemos que las emociones placenteras (alegría) pueden estar presentes de forma patológica en trastornos mentales graves (bipolares) y también en pacientes oncológicos cuando en la voluntad exagerada de mostrarse bien, sin reconocer el malestar que viven, llevan una vida disociada o poco congruente con su entorno. Sin embargo, ésta es la nomenclatura aceptada en este campo y la que nosotros también utilizaremos en este trabajo, pero haciendo esta importante aclaración.

La psicoterapia positiva que proponemos es una psicoterapia focalizada en la emoción.

Hasta no hace demasiado se consideraba un hallazgo consistente en la literatura del estrés la relación entre afrontamiento centrado en las emociones y malestar emocional⁽¹³⁾. La evidencia actual matiza y corrige esa aseveración, aportando datos sobre el valor adaptativo de un afrontamiento focalizado en la emoción. Stanton et al.⁽¹⁴⁾ explican que el afrontamiento focalizado en la emoción consta de dos factores. El primero es el Procesamiento emocional que reflejaría los intentos activos de conocer, explorar y entender las emociones. El segundo sería la Expresión emocional, que serían los esfuerzos activos verbales o no verbales por comunicar o simbolizar la experiencia emocional. Se han encontrado los beneficios de la Expre-

sión emocional en pacientes con cáncer de mama en un estudio longitudinal, a los tres meses de finalizar el tratamiento, en medidas de incremento del vigor y descenso del malestar emocional en el seguimiento, también de calidad de vida en mujeres que percibían un ambiente social muy receptivo⁽¹⁵⁾. Un aspecto importante que se plantea es que tanto el procesado como expresión emocional son dependientes del tiempo⁽¹⁴⁾, es decir que su papel funcional y adaptativo está más claro en los momentos tempranos al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, donde pueden facilitar la consecución de metas que no en momentos posteriores, donde pueden tener un carácter más rumiativo e improductivo. Está es una de las razones por las que adoptamos un enfoque centrado en las emociones en las primeras sesiones grupales. Una buena expresión/procesado emocional no sólo facilitará la adaptación en etapas iniciales, sino que de acuerdo con teóricos e investigadores, la expresión emocional o el procesamiento de las emociones asociadas al trauma es una pieza crítica en el desarrollo de cambios vitales positivos⁽¹⁷⁾ que abordaremos en los módulos finales del tratamiento. En un estudio longitudinal de 167 mujeres con cáncer de mama y sus parejas, la Búsqueda de Beneficios en los pacientes fue predicha por la mayor expresión emocional de los pacientes y sus parejas, en el momento inicial, mientras que la Búsqueda de Beneficios de la pareja fue predicha por el mayor uso de la pareja de procesamiento emocional en el momento inicial⁽¹⁸⁾.

Trabajo con emociones positivas

En las primeras sesiones el trabajo se centra principalmente en las emociones negativas (tristeza, miedo, rabia y culpa) ya que el dar testimonio en grupo acostumbra a actualizar el dolor de la experiencia con la enfermedad. Nuestro trabajo con

emociones negativas sigue un esquema de trabajo similar al de Greenberg y Pavio⁽¹⁹⁾. De forma paralela y progresiva al trabajo con emociones negativas, vamos introduciendo el trabajo con emociones positivas.

El impacto nocivo de las emociones negativas sobre la salud es irrefutable, y por otro lado, los datos sobre el efecto salutogénico de las emociones positivas sobre el bienestar físico, aunque menores, reflejan que éstas juegan un papel importante. De forma resumida el reciente meta-análisis de Pressman y Cohen⁽²⁰⁾ ha mostrado que la evidencia empírica existente sugiere que el afecto positivo estable (o de tipo rasgo) está asociado a una menor morbilidad y una mayor longevidad, si bien los datos son escasos sobre los efectos en la salud de emociones positivas más intensas y transitorias (ej. estados de júbilo o de alegría).

Las emociones positivas se han vinculado a mayor resistencia ante la adversidad (resiliencia) ya que logran prevenir, minimizar y/o modular la presencia actual o futura de emociones negativas⁽²¹⁾. Argumenta Fredrickson⁽²²⁾ en su teoría abierta y construida de las emociones positivas, que las emociones negativas tienen una tendencia de respuesta clara y específica, solucionan problemas de supervivencia inmediatos y reducen el rango de respuestas posibles que podemos dar. En cambio, las emociones positivas amplían los repertorios de pensamiento y acción, construyen reservas de recursos disponibles para futuras crisis y solucionan cuestiones relativas al desarrollo, crecimiento personal y a la conexión social. El trabajo con emociones positivas (o afecto positivo a nivel más amplio), por lo tanto, tiene como objetivo básico amortiguar y reducir el malestar emocional y ampliar los repertorios en los que las personas actúan, piensan, sienten y se vinculan con los otros.

El esquema de trabajo con emociones positivas es similar al del resto de emocio-

nes. En las etapas iniciales del programa el trabajo con emociones positivas se circunscribe a:

a) La toma de conciencia de emociones positivas.

Lo positivo en el área emocional se suele dar por hecho. Tanto es así que en general los propios psicólogos disponemos de un lenguaje muy rico y matizado para emociones negativas pero muy pobre y escaso para emociones positivas. Entre otras cosas no solemos conocer que las emociones positivas, como las negativas, también tienen una referencia temporal. Cuando vamos hacia atrás (el pasado) con emociones positivas hablamos de satisfacción, complacencia, realización personal y orgullo, cuando nos centramos en el presente de alegría, éxtasis, tranquilidad, entusiasmo, euforia, placer, elevación y fluidez, y por último, cuando vamos hacia delante con la emoción y nos proyectamos al futuro hablamos de optimismo, esperanza, fe y confianza. En estas primeras fases cobra especial importancia centrarse en las emociones del momento presente, las que surgen en la propia sesión de terapia.

Es habitual que el malestar emocional impida percatarse a muchos pacientes de que aún experimentan emociones positivas. El señalar a los pacientes esos momentos en los que emociones positivas aparecen es importante durante todo el proceso de terapia grupal, pero cobra más valor en los momentos iniciales para amortiguar el malestar emocional que desata los primeros testimonios en grupo. Las emociones positivas también ayudan en estos momentos iniciales a desmitificar el efecto de “abrir la Caja de Pandora” de las emociones más dolorosas, favoreciendo que no se de una evitación experiencial de las emociones negativas. Se dan cuenta de que pueden experimentar estados placenteros, incluso en los segundos

o minutos después de haberse afligido de forma marcada. Pueden llorar y reír, en definitiva. La aparición y señalamiento de emociones positivas permite también reducir y limitar el malestar asociado a la rumiación improductiva, rompiendo sus círculos viciosos.

Favorecemos la toma de conciencia de emociones positivas realizando señalizaciones del discurso verbal, pero sobretodo del no verbal o corporal (somático) del paciente.

Ej. Josefa arranca a llorar desconsoladamente, se encorva, baja la cabeza y explica lo que está sufriendo ahora que han acabado los tratamientos oncológicos. Se siente incomprendida por su entorno. Explica sentimientos de tristeza e inutilidad. El resto de componentes del grupo le acercan pañuelos que ella va consumiendo de forma compulsiva. Ella los va apoyando en su regazo pero algunos empiezan a caer al suelo. Entonces ella intenta coger el último que había utilizado y al no encontrarlo, baja la mirada y ve su silla sitiada por una trinchera de pañuelos embolados. Algo empieza cambiar entonces...

Josefa: je jeje. Parece que me estoy enterrando en pañuelos. –levanta la cabeza y se ríe entrecortadamente. Todo el grupo y el psicoterapeuta nos reímos con ella. Ella, junto con dos compañeras del grupo se levanta y empiezan a coger los pañuelos. Ella recoge los suyos y los que le dan sus compañeras, y al dejarlos en la papelera comenta:

Josefa: ¡Aquí os quedáis! –dice en referencia a los pañuelos mientras los tira ¡Que aquí estáis mucho mejor!.-vuelve a decir riendo, y con ella, otra vez todos nosotros. Anda con paso firme y erguida. Se sienta en la silla y mira al terapeuta.

Terapeuta: Te veo sonriente, con la cabeza levantada, la espalda erguida, con los ojos al frente, mirándonos a todos.

Josefa: Estoy mejor, más tranquila... ¡Éstas! (refiriéndose al grupo) que la hacen

a una reírse de cualquier cosa - las mira sonriendo.

Terapeuta: ¿Qué os parece al resto?

Pilar: Que has sido tu solita, cariño... ¡Has dado un cambio increíble! Me has dejado sorprendidísima. ¡Qué bien!

Antonia: ¡Estás más guapa! Fíjate si hasta la cara le brilla más...

Sara: Si es que en el fondo tú puedes, como todas. Nos caemos pero enseñada nos levantamos...

En esta pequeña viñeta, se han señalado los aspectos no verbales de la emoción positiva que está manifestando Josefa. Favorecemos así que ella tome conciencia somática de ese estado de estar mejor y más tranquila, como ella lo denomina. Después junto con el propio grupo continúa la intervención en aspectos importantes del trabajo con emociones positivas: 1) Rescatando los comentarios que fomentan que se apropie de esa emoción sentida (“has sido tu solita”) 2) Marcando el cambio en la postura corporal (apertura) (“cabeza erguida, mirada al frente”) 3) Resaltando el efecto contagio, atracción y conexión que genera del grupo hacia ella (“Me has dejado sorprendidísima”, “Estás más guapa”) y el 4) Modelado positivo que genera (“en el fondo tú puedes, como todas”).

En los casos donde los cambios no son tan espectaculares se pueden utilizar la aparición de pequeños gestos como una media sonrisa o mueca que pueden ser el inicio de una emoción positiva, y focalizar e intensificar esa experiencia.

Ej. María centra su problema de adaptación tras la enfermedad y el tratamiento en la relación con su marido. Dibuja a su marido en el grupo como una persona incomprensiva, egoísta y sin sensibilidad. Mientras explica un episodio de discusión agria con su esposo, se frena, esboza una medio sonrisa...

Terapeuta: ¿Ocurre algo?

María: Nada, nada...

Terapeuta: Pero has dejado de fruncir el ceño, tu cara parece más relajada... (no contesta). Si pudiéramos ampliar eso que estás sintiendo ahora...

María: Es una tontería... Es que me acordaba también que él estaba tan nervioso y enfadado que salió de casa con las zapatillas de andar por casa... Y me reía sola.— se ríe. ¡Qué cabeza tiene este hombre!

En este caso el rescatar ese momento cómico ayudó a María a reducir la carga emocional de ese recuerdo, inició una cierta empatía hacía su esposo (“estaba tan nervioso y enfadado que salió con las zapatillas..”) que fue el inicio de una apertura que permitió la resolución de su conflicto matrimonial.

b) Simbolización de la experiencia emocional

Es característico de los hechos extremos como el cáncer que pueda resultar inenarrable para quien los pasa. El poder representar la experiencia emocional es una tarea básica del procesamiento emocional. Estrategias sencillas de dar nombre como el usar frases inacabadas que el paciente finaliza con la etiqueta emocional pueden servir.

Ej. Cuando vienes al hospital, te sientas en la sala y escuchas tu nombre, te hace sentir... (silencio).

En la mayoría de casos se solapan emociones y se dificulta la articulación experiencial de las mismas. Por eso son útiles otros elementos de tipo somatosensorial, imaginación guiada o el uso de metáforas. El correlato fisiológico de la emoción (ej. taquicardia, hiperventilación) remite al propio cuerpo como lugar donde se encarna la emoción. Por eso, los elementos corporales o somatosensoriales son habitualmente un buen punto de partida y anclaje para simbolizar la experiencia.

Ej. “Si pudieras dar forma a esa sensación que notas en el pecho cuando piensas en la enfermedad, ¿qué forma tendría?...¿Si fuera un objeto sería como un...?.

En ocasiones ejercicios con imaginación guiada también son útiles, ya que facilitan focalizar la atención en la experiencia interna. Tras conseguir que identifiquen zonas corporales con emociones sentidas (conciencia somática), buscamos la posibilidad de aportar un significado simbólico o metafórico a las mismas con el que trabajar luego en la regulación emocional y en la creación de metas terapéuticas. Ej. María no conseguía explicarse lo que pasaba, sentía un estado de hiperactivación que le hacía fumar compulsivamente, no concentrarse y angustiarse todo el día. Con una intervención centrada en favorecer la conciencia somática y simbolización de la experiencia explicó que era como si fuera “*un tentetieso*”. Estos muñecos de materia ligera llevan un contrapeso en la base y movidos en cualquier dirección, vuelven siempre a quedar derechos, sintetizaban muy bien su estado paradójico de excitación interno y paralización vital. Esta metáfora ayudó en la creación de metas terapéuticas de la siguiente forma. Le preguntamos en qué medida cambiaría esta metáfora (el tentetieso) si ella consiguiera mejorar en el grupo. Ella tras darse un tiempo, comentó que tendría piernas. Le preguntamos, entonces, que aportarían esas piernas, es decir, cual sería la función adaptativa de la emoción positiva (simbolizada en las piernas). Ella vino a decir de forma más extensa que: dirección, propósito, libertad y control. De esta manera consiguió establecer una vinculación entre la emoción negativa y positiva, simbolizada en el tentetieso. Este es un claro ejemplo de las posibilidades que da el integrar emociones negativas y positivas en el trabajo psicoterapéutico.

c) Resignificación emocional de los síntomas de malestar emocional como respuestas normales ante situaciones anormales

Otra de las intervenciones terapéuticas más habituales en las primeras sesiones tiene que ver con facilitar una explicación adaptativa del malestar emocional que provoca la enfermedad. Ante estos síntomas de malestar emocional (ej. sintomatología postraumática) favorecemos que el paciente los pueda reconceptualizar desde una óptica positiva sin utilizar el malinterpretable “es normal lo que te pasa”, que muchas es vívido como invalidante. En general, abordamos y conceptualizamos estos síntomas como intentos de la cabeza y el cuerpo por recuperar el equilibrio perdido (modelo homeostático) siguiendo la propuesta de Pérez-Sales⁽²³⁾ pero adaptada a pacientes oncológicos. Ver ejemplos en la tabla 2.

En la mayoría de estos ejemplos complementamos la resignificación emocional, que se centra en la función adaptativa de la reacción (o síntoma de malestar),

elementos que indicarían cuando el síntoma puede ser desadaptativo Ej. Ante un paciente irritado o enfadado. Enfocar la irritabilidad como una forma de mostrarse no disponible (de marcar límites) ante los demás, que permite asimilar la experiencia sin que le molesten a uno (función adaptativa), pero si la irritabilidad se mantiene, uno corre el riesgo de alejar tanto a los demás que se quedé sólo y alienado (función desadaptativa).

MÓDULO 2: REGULACIÓN EMOCIONAL

En este módulo trabajamos algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado ser eficaces para el manejo del estrés y el malestar emocional en terapias grupales en pacientes oncológicos^(6,7) El objetivo será mejorar las habilidades de regulación emocional y favorecer estrategias de afrontamiento más adaptativas. Aquí sólo comentaremos las más utilizadas.

Tabla 2. Resignificación emocional de síntomas de malestar emocional en cáncer

Síntoma	Resignificación emocional
Irritabilidad o rabia	Forma de mostrarse no disponible para los demás, que permite ganar tiempo y espacio para asimilar la experiencia antes de compartirla.
Hiperactividad o hiperalerta	Es la forma de prepararnos para la acción, de estar atento y vigilante a lo que nos pasa cuando hay una amenaza. Al principio de la enfermedad es necesario para afrontar los retos que plantea pero pasada la amenaza principal al cuerpo le cuesta desactivarse durante un tiempo.
Anestesia o distanciamiento emocional	Intentos de la mente por desconectar de una experiencia dolorosa y emocionalmente intensa, para poder mantener una cierta distancia y abordarla menos en caliente. Esto puede permitir luego ir afrontándolas poco a poco.
Rumiaciones y pesadillas	Intentos del cerebro de dar sentido a lo vivido, de procesarlo y asimilarlo en momentos iniciales.
Aislamiento social	Es una forma de protección inicial cuando aún no nos sentimos capaces de presentarnos ante los demás como alguien que está pasando o ha pasado una enfermedad. Son intentos de no perder el control.

1. Relajación e Imaginería guiada

Para el entrenamiento en técnicas de relajación e imaginería guiada seguimos los principios básicos que Spiegel y Clasen⁽⁸⁾ utilizan para terapia grupal en cáncer, adaptando algunos elementos a la idiosincrasia de cada grupo. La práctica se inicia al final de las sesiones 3^a o 4^a y la enfocamos en un inicio como vía para reducción de la hiperactivación y el manejo de recuerdos e imágenes recurrentes sobre la enfermedad. Con las prácticas sucesivas en casa y en otras sesiones grupales algunos pacientes también las utilizan para el manejo del dolor (oncológico o fibromialgia), como inductor del sueño e incluso como hábito diario de toma de conciencia y regulación emocional.

2. Manejo sintomático de la irritabilidad y la evitación

Partimos siempre de cuales son las estrategias propias que utilizan para manejar estos síntomas. Discutimos sus ventajas e inconvenientes. Para la irritabilidad básicamente trabajamos los indicadores corporales de aviso, anticipación de consecuencias de la ira, tiempo fuera y auto-instrucciones verbales de tranquilización. En la evitación, explicamos su papel en el mantenimiento del miedo y su efecto rebote cuando lo que se trata de evitar son pensamientos o emociones vinculados a la enfermedad. Realizamos un ejercicio donde pedimos al grupo que cierre los ojos y les decimos que durante los próximos 5 segundos: “no pienses en tu nariz ni en la palabra nariz”. Cuando preguntamos quien ha sido capaz, prácticamente todos reconocen no haber sido capaces de “no pensar” en la nariz. Discutimos sobre este efecto rebote en relación a la enfermedad. No se puede evitar pensar o sentir en la enfermedad, pudiendo pasar de forma paradójica que a más se obliguen a no pen-

sar o sentir de una determinada manera, más conseguirán lo contrario.

3. Normas de higiene del sueño

Son muy habituales los problemas de sueño en pacientes con cáncer, por eso trabajamos con ellos Normas de Higiene del Sueño que adaptamos a cáncer⁽²⁴⁾ y que repasamos durante 2-3 de las sesiones iniciales.

MÓDULO 3: IDENTIDAD POST-CANCER: TRAUMA Y CRECIMIENTO

“Soy una sombra de quien era, esta no soy yo, quiero ser la persona que era antes”.

“Aunque pueda parecer increíble doy gracias por haber tenido esta enfermedad, soy una persona nueva, gracias a pasar por esto he podido realizar cambios impensables para mi antes”.

Frases tan antagónicas como estas se escuchan en los grupos. A nivel clínico, esa expresión espontánea de cambio identitario, ese rechazo u orgullo por la imagen que de uno mismo le devuelve la enfermedad, nos ha servido para detectar a pacientes con graves dificultades de adaptación que viven la enfermedad de forma traumática o que han crecido tras la misma, respectivamente. Nuestro interés en el papel que la identidad juega en los procesos de adaptación a la enfermedad se ha centrado en determinar como ha cambiado la visión que tienen de sí mismos los afectados por cáncer como actores en el mundo. El cambio de la visión (o creencias básicas) de uno mismo, los otros y el mundo en negativo (trauma) o en positivo (Crecimiento) es el núcleo esencial del abordaje psicosocial en situaciones extremas como el cáncer.

DEL TRAUMA AL CRECIMIENTO POST-TRAUMÁTICO EN CÁNCER

Cáncer como experiencia traumática

No ha sido hasta la cuarta edición del DSM-IV en 1994⁽²⁵⁾ que el cáncer se ha considerado explícitamente como un estresor capaz de inducir un Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT). Sin embargo, el cáncer como estresor presenta importantes diferencias con otros estresores de naturaleza más aguda⁽²⁶⁾, que modifican de forma significativa su abordaje psicoterapéutico:

- 1) En cáncer la naturaleza del estresor no es única y discreta, sino que es múltiple. De ahí la dificultad para el afectado de identificar un sólo estresor-cáncer. En la terapia habrá que ayudar no tanto a identificar sucesos traumáticos en cáncer sino a saber que cuestionan esos hechos, especialmente que aspectos identitarios quedan alterados. Ej. La mastectomía puede cuestionar aspectos estéticos de la identidad de género que afecten a la capacidad de intimar con la pareja. En cambio, el no poder tener hijos puede quebrar una identidad futura deseada, la de ser madre.
- 2) La fuente origen del estresor en cáncer no es externa (como catástrofes naturales o accidentes de coche) sino interna (el propio cuerpo) y esto afecta por ejemplo a los síntomas evitativos y de hipervigilancia. El cuerpo es en gran medida el origen de la amenaza (por ej. evitar verse en el espejo el cuerpo desnudo o el rostro durante la Quimioterapia, y realizar comprobaciones compulsivas de la axila o la mama por miedo a que la enfermedad reaparezca). Por eso, en la terapia

deberemos incorporar elementos propios de psicoterapias corporales para el manejo psicosomático del malestar emocional, que ayuden a reducir el sentir el cuerpo como amenaza.

- 3) El malestar y temores en cáncer se dirigen hacia el futuro. De alguna forma, los temores que se actualizan, o se hacen presentes, no son los del evento traumático pasado (p. ej., el diagnóstico de cáncer), sino los que se imaginan podrán llegar (p. ej., dolor, pérdida autonomía, y en definitiva, la muerte). Por lo tanto, en cáncer el trabajo psicoterapéutico con escenarios futuros temidos, el fomento de la continuidad y proyección vital futura en forma de esperanza, ilusión o propósito es clave.
- 4) No hay un origen y final delimitado del estresor y la amenaza puede sentirse de forma permanente y constante, reactivándose especialmente en los controles y seguimientos. Esto explica que algunos pacientes vivan con el conocido Síndrome de Damocles⁽²⁷⁾, que en algunos casos genera una incapacidad para planificar la vida más allá del periodo entre controles. En estos casos para conseguir una adaptación psicosocial óptima no servirá abordar únicamente la ansiedad puntual de los controles. Habrá que reconstruir un sentimiento de seguridad básica, donde se integre la elevada vulnerabilidad desatada por la enfermedad, permitiendo que la persona con cáncer no quede anclada a la enfermedad, al hospital y sus "peajes" en forma de controles médicos.
- 5) Por último, en líneas generales en cáncer hay una mayor capacidad de control percibida en torno al papel

del paciente en los tratamientos, seguimientos y actividades preventivas a realizar, comparado con otros eventos más agudos. Este aspecto puede ser una vía de posible cambio positivo mediante la adopción de Estilos de Vida Saludables (ej. mejorar dieta, ejercicio), pero también puede aumentar los sentimientos de culpa y de ira, sino se cambian.

En relación al cáncer, Kangas⁽²⁸⁾ nos proporciona algunos datos significativos sobre la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en patología oncológica. Indica que hasta el 0-6% de los sujetos con cáncer cumplen criterios de TEPT al ser valorados con entrevista diagnóstica estructurada, y el 5-19% de ellos se encontraría en idéntica situación al ser evaluados con cuestionarios autoadministrados. Además, dentro de la categoría algo vaga e indiferenciada de malestar emocional, en supervivientes oncológicos la sintomatología de TEPT parece aportar datos más robustos. Por ejemplo, hay evidencia que los síntomas TEPT asociados al cáncer no se disipan con el tiempo⁽²⁹⁾, son asociados con decrementos en la calidad de vida⁽³⁰⁾, y no simplemente reflejan malestar global⁽³¹⁾. Esto ocurre especialmente en muestras clínicas que solicitan atención psico-oncológica, en las que puede haber incluso incrementos de la sintomatología TEPT durante el tiempo en lista de espera⁽³²⁾. Observamos, también, que los pacientes oncológicos con sintomatología postraumática de probable caso clínico mostraban creencias básicas más negativizadas⁽³³⁾. Este grupo mostraba mayor intensidad en las creencias de que el mundo no es un buen lugar donde vivir, que la gente no es amistosa y bondadosa, que ellos no tienen posibilidades de controlar su vida y que son personas escasamente valiosas.

Cáncer como experiencia de Crecimiento

Por otro lado y aunque pueda resultar paradójico, una gran mayoría de pacientes identifican cambios positivos tras pasar por el cáncer. Estos cambios positivos se han identificado en el 50-90% de los pacientes con cáncer de mama, el 76% de cáncer testicular y el 60-95% de los supervivientes de un cáncer infantil/adolescente entre otros⁽³⁴⁾. Así, cabría pensar que, experimentar cambios positivos tras una enfermedad oncológica es más la norma que la excepción.

Estos cambios positivos asociados a la experiencia traumática se han conceptualizado principalmente, pero no únicamente, como Crecimiento Postraumático (CPT). Quizá, este sea el término más adecuado para definir claramente el fenómeno: "crecimiento", destacando que la persona realiza un desarrollo personal más allá de su nivel de funcionamiento previo y, además, "postraumático" para remarcar que este crecimiento se da tras un suceso extremo, no por otros estresores menores ni como parte natural de un proceso de desarrollo personal⁽³⁵⁾. Así el CPT, más allá de conceptos como optimismo, resistencia, resiliencia o similares, haría referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha, no del hecho en sí, que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático⁽³⁶⁾ como el cáncer. En líneas generales se distinguen tres dimensiones o dominios de cambio positivo: 1) Cambios en uno mismo (p. ej. sentirse más fuerte, más autorreafirmado, con más experiencia y más capacidad para afrontar dificultades futuras), 2) Cambios en las relaciones interpersonales (p. ej. los vínculos con otras personas se estrechan o fortalecen y aumenta la necesidad de compartir y expresar sentimientos) y 3) Cambios en la espiritualidad y la filosofía de vida (p. ej. se aprecia más lo que se tiene, se valoran más los detalles, mayor facilidad para discernir entre lo que

es importante y accesorio o cambio de escala de valores⁽³⁷⁾.

Como pasaba con el cáncer como experiencia traumática, también hay varias características de la experiencia del cáncer que pueden proveer de oportunidades para el crecimiento postraumático⁽³⁴⁾. Primero, el mismo hecho de que la amenaza principal que plantea el cáncer, la muerte, está orientada al futuro. Para los pacientes con cáncer el posible acortamiento de su vida puede favorecer que se planteen cambios positivos con mayor facilidad. El hecho de que tengan que construir una nueva normalidad tras los tratamientos sin la misma capacidad física que antes les obliga a priorizar y dirigirse de forma más clara a lo que desean. Otra vez, esto puede llevar a un sentido mayor de dirección, apreciación y significado de la vida. La mayor necesidad de cuidados y soporte, cuando es aportado por su entorno puede provocar que los pacientes de cáncer re-evalúen sus vínculos con los otros, potencialmente intensificando su apreciación, y mejorando su satisfacción con muchas relaciones. Por último, el cáncer confronta a los que lo padecen con su mortalidad. El contemplar la posibilidad de morir, hace que muchos reflexionen sobre el sentido de la vida, su propósito en el mundo, su creencia (o falta de la misma) en Dios, y la espiritualidad⁽³⁶⁾. Para muchos, estas consideraciones existenciales provocan una mayor apreciación por la vida y un más fuerte y claro sentido de espiritualidad. En suma, el cáncer puede ser profundamente estresante, disruptivo, y angustiante, pero puede también conducir a las personas a reexaminar sus prioridades, sus relaciones y a sí mismos y experimentar un cambio y crecimiento personal.

FACILITAR EL CRECIMIENTO EN CÁNCER

A pesar de algunos datos contradictorios, en general los datos empíricos ava-

lan el carácter adaptativo del Crecimiento postraumático en cáncer⁽⁹⁾. Un meta-análisis recién publicado centrado en cáncer y SIDA revela que el crecimiento en estas enfermedades graves se asociaba con mayor salud mental positiva, menor salud mental negativa (especialmente menos sintomatología post-traumática) y mejor salud física percibida⁽³⁸⁾. El programa de psicoterapia positiva grupal que proponemos tiene entre sus objetivos el facilitar este crecimiento en cáncer. Sin embargo, hacemos nuestra la advertencia de la mayoría de autores de este campo. Apuntan que unos intentos exagerados de favorecer el crecimiento pueden ser contraproducente y minar un proceso natural que no parece necesitar una facilitación clínica⁽³⁴⁾. Nosotros pensamos que en población oncológica general quizás no sea tan necesaria una facilitación clínica pero en población oncológica con elevadas dificultades de adaptación, este ha de ser un objetivo de la terapia. A nivel terapéutico el crecimiento tras el cáncer ha demostrado que puede facilitarse con algunos de los elementos que ya hemos ido trabajando en el módulo 1 y 2^(34,39):

1. Favoreciendo la expresión y procesamiento emocional
2. Resignificación emocional de las reacciones emocionales.
3. Aumentando la regulación emocional. Intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo del estrés han conseguido aumentar la Búsqueda de Beneficios en pacientes con cáncer de mama primario⁽⁴⁰⁾ y cáncer de próstata localizado⁽⁴¹⁾
4. Potenciando determinadas estrategias de afrontamiento. En muestras oncológicas el reencuadre positivo⁽⁴²⁾ la reinterpretación/revaloración positiva^(43, 44), y el afrontamiento activo⁽⁴⁵⁾ se han asociado significativamente a cambios positivos tras la enfermedad.

Además, hay otros aspectos que a nivel teórico también se han asociado a cambios positivos tras la enfermedad^(34,46) En concreto, revisar creencias sobre uno mismo y los otros, ayudar a desarrollar una historia coherente de lo qué ha ocurrido, marcar metas para el futuro y el trabajo con modelos positivos de afrontamientos son vías esenciales de crecimiento en la enfermedad.

Trabajar revisión de creencias sobre uno mismo y los otros

El cáncer puede minar las propias creencias sobre el control, invulnerabilidad, seguridad y predictibilidad⁽⁴⁷⁾. Las creencias sobre los otros (confianza en los demás, comunicación e intimidad) suelen mantenerse y mejorar en población oncológica general, pero hay datos que indican que se ven muy afectadas en pacientes que realizan una respuesta traumática a la enfermedad⁽³³⁾. El trabajo específico con las diferentes creencias en cáncer es complejo y supera el objetivo de este trabajo. Creencias básicas sobre sí mismos afectadas en personas con dificultades de adaptación tras la enfermedad suelen ser mayor percepción de vulnerabilidad, pérdida de control, confianza y valor de sí mismos que a veces resumen en “ahora soy un enfermo”. Además puede darse también la percepción de que los demás no comprenden, no valoran o no ayudan, afectándose también la creencia en la bondad y confianza en la gente.

Juani: “Me tiene que ayudar. Yo tengo que ser yo, como yo era. Me busco y no me encuentro, y esa es la impotencia que yo tengo. La gente no lo entiende o no quiere entenderlo. Ellos quieren continuar como si nada”

Antonia: “Es que la enfermedad te enseña cosas, te hace egoísta. Te enseña a ver que no todo es lo que tú creías, que la gente no es buena, lo siento y lo digo así, no es buena”

En este punto, donde ya suele haber una buena cohesión grupal y confianza con el terapeuta, solemos iniciar la revisión de estas creencias, marcando esta polaridad enfermos-sanos, yo-los otros:

Terapeuta: *Si lo entiendo bien, la cosa sería que tras la enfermedad aparecen como dos bandos, dos mundos. Vosotras antes estabais en ese mundo donde la gente no tenía una enfermedad, y ahora estáis en el mundo de los enfermos” Quizás, ahora, la única solución para vosotras sería un mundo, o una comunidad, donde solo hubiera enfermos de cáncer. Quizás allí estaríais mejor, podríais ser normales... un mundo donde solo hubiera enfermos.”*

Esta provocadora y estratégica intervención acostumbra a facilitar que entiendan que llevado al extremo el ser diferente y sentir que sólo los que han pasado por lo mismo te pueden entender conlleva prácticamente a marcar dos bandos contrapuestos: sanos y enfermos. Comentamos habitualmente que si el grupo acaba sirviendo para separarlas más “de los otros, sanos”, quizás no hayamos contribuido demasiado a acercar esos dos mundos. Les explicamos que un indicador de buenos resultados en un grupo es que ellas consigan sentirse más sanas, más vivas, y aunque quizás sea pedir demasiado, también ayudar a “los otros sanos” a entender parte de lo que vive alguien con una enfermedad grave. Un recurso que nos ha resultado especialmente útil en el grupo para acercar esos “dos mundos”, reduciendo los sentimientos de incomprensibilidad, rabia y alienación de algunos pacientes es que tomen conciencia de que algunas de las actitudes que critican de la “gente” ellas las reproducen en el propio grupo. De entre las cosas que a menudo molestan a quien afronta un cáncer son los comentarios del tipo “Ánimo, que tú puedes, que eres muy fuerte, ya verás que esto lo superas seguro”. Básicamente molesta porque sienten que esa persona habla por hablar,

no les reconocen ni permiten expresar el malestar que están sintiendo y casi sitúa en uno la responsabilidad y quizás "la culpa" de sobrevivir o no a la enfermedad. *"Sino eres fuerte, morirás, así que tú misma..."-leía entre líneas una paciente del grupo a estos comentarios.* Será importante, entonces, que el terapeuta del grupo señale situaciones, cuando se produzcan, donde los propios componentes del grupo utilizan entre ellos este tipo de frases de ánimo que les molestan si vienen de algunas personas "del mundo de los sanos". Sólo el hecho de hacer notar que ellas mismas a momentos se hablan así, sirve para generar cierta empatía con "los otros", ayuda a entender que no es fácil hablar con alguien que sufre sin caer en los tópicos y que a veces no es tanto lo que los otros dicen (con mejor o peor intención y gracia) sino lo que ellas, sensibilizadas por el tema, perciben o interpretan.

Desarrollar una historia coherente sobre lo sucedido

Planteamos varias intervenciones que tratan de integrar aspectos de pérdida, continuidad y crecimiento tras la enfermedad. Aquí el trabajo terapéutico se centra en el análisis de trayectorias vitales de los pacientes del grupo antes, durante y después de la enfermedad. Algunos recursos utilizados son:

a) Trabajo con memorias autobiográficas positivas, recuperación de sensaciones agradables e intervenciones basadas en la esperanza

Se considera que preguntar a los pacientes sobre sus vidas antes de la enfermedad y animarles a repasar aquello que ellos tienen y lo que han perdido es un elemento que facilita el Crecimiento Post-traumático en cáncer⁽³⁴⁾. De forma básica, en esto consiste lo que llamamos trabajo

con memorias autobiográficas. En el grupo animamos a que nos expliquen como estaban las cosas antes de la enfermedad, cómo recuerdan su vida previa, su día a día y sus planes de futuro entonces. El análisis de la biografía puede ayudar a favorecer una mayor capacidad de proyección futura porque, como ya hemos comentado, en cáncer lo traumático tiene como referencia temporal el futuro y no el pasado. El problema suele ser como vivir con la incertidumbre y amenaza permanente del cáncer y por lo tanto de la muerte. En los casos con más dificultades de adaptación, hay una imposibilidad muy marcada de proyectarse al futuro, sobretodo con ilusión y/o esperanza. Muchas mujeres en el grupo dicen que no se proyectan al futuro por miedo, porque pensar en el futuro es anticipar recaídas, sufrimiento y la muerte en definitiva.

"Cuando una está bien, feliz, a gusto, le ilusiona el futuro, lo sueña, lo imagina..., pero cuando está mal..., más vale no pensar" -nos escribía Luisa en un relato que leyó al grupo.

Esta podía ser una de las claves. La experiencia emocional presente se anticipa o proyecta al futuro abriendo o cerrando alternativas. Para conseguir proyectarse al futuro con ilusión y esperanza, superando parte del miedo que expresaba María, necesitaba experimentar emociones con una valencia positiva que abrieran el campo experiencial futuro a algo que merezca la pena vivir. De ahí surgió un ejercicio que realizamos ahora en todos los grupos. Éste se compone de tres elementos: uno de trabajo con memorias autobiográficas positivas con recuperación de sensaciones agradables, otro de identificación de la emoción en el presente y por último el trabajo con la esperanza. Simbólicamente una paciente lo llamó la "rumba" porque consiste en ir con la emoción positiva: "Un paso hacia atrás, vuelta al sitio y paso adelante"

1. Dar un paso hacia atrás (hacia el pasado). El inicio del ejercicio solemos plantearlo con imaginación guiada de forma muy parecida a la que propone Siegel⁽⁸⁾ en sus ejercicios de terapia de grupo. Inducimos un estado de relajación, y luego vamos dando consignas para que visualicen en su mente una pantalla donde deben sintonizar una imagen, escena o recuerdo previo a la enfermedad en el que se sintieran especialmente bien, donde sintieran alguna de las sensaciones que ahora echan a faltar (puede ser tranquilidad, fluidez, libertad, inocencia...). Es importante no dirigir el ejercicio hacia una sensación concreta sino dejarlo lo suficientemente amplió y vago para que sean los participantes los que busquen y conformen esa escena que represente sensaciones agradables que ahora les cuesta experimentar. Una vez acaba el ejercicio repasamos en grupo las escenas. Sólo el hecho mismo de recuperar la escena y recrearla en el grupo ya genera cambios visibles en el rostro, postura corporal, tono de voz que vamos señalando para favorecer la toma de conciencia somática.

2. Otra vez un paso hacia el presente. A continuación preguntamos en que medida esas sensaciones están presentes en sus vidas de ahora. Esto ayuda a identificar que en la mayoría de casos aun hay situaciones donde se conservan estas sensaciones.

3. Un paso hacía delante (hacia el futuro). Aquí comenzamos el trabajo con la esperanza y con el establecimiento de metas. Adaptamos los elementos esenciales de la Teoría de la Esperanza⁽⁴⁹⁾ y trabajamos: el establecimiento de metas, el desarrollo de habilidades para encontrar vías o itinerarios para su obtención y la automotivación para el logro. Reflexionamos en grupo sobre que cosas podrían hacer ahora cada uno para conseguir recuperar esas sensaciones agradables, y que implicaría conseguir las para su capacidad de ilusionarse con el futuro. Entonces les pro-

ponemos como tarea que cada mañana, durante una semana, al levantarse realicen durante unos minutos un listado de cosas (lluvia de ideas sin crítica) que han hecho o podrían hacer para experimentar esas sensaciones agradables que quieren recuperar. De todas esas cosas, cada día, al menos han de hacer una al diaria. Siempre partiendo de la más sencilla de todas las que escriban.

Belén, diagnosticada y tratada de un cáncer de mama, es una chica de 33 años con dos niños pequeños (5 y 7 años). Destaca que tras la enfermedad está muy enfada con todo el mundo, sólo tolera a sus dos hijos.

Su imagen agradable previa a la enfermedad en el ejercicio de imaginación fue una imagen de vuelta a la infancia, cuando visitaba a sus abuelos en el pueblo. Recordaba como cada mañana veía a su abuela prepararles esos huevos con chorizo y patatas fritas que tanto le gustaban. *“Todo era sencillo entonces, yo era una niña feliz, sin problemas ni preocupaciones”*. La sensación que echaba en falta era la de inocencia y confianza. Curiosamente, Belén estaba a la que salta con su marido, con los vecinos y con la familia. Todos sus comentarios le parecían hirientes, como si le tuvieran pena o la vieran desahuciada. Sólo con sus hijos sentía entonces algo similar a esas sensaciones de infancia. Con ellos se empapaba de su inocencia y se dejaba ir. Cuando imaginaba cosas que podría hacer para recuperar esas sensaciones, creía que era imposible. *Eso ya no volverá*, decía. Ahí remarcamos que no se trata de que vuelvan los hechos, que es imposible, sino de ver si somos capaces de reexperimentar esas sensaciones ahora. Entonces, alguien en el grupo le recuerda que ella habló de una amiga *“muy payasa”* que trataba de quedar con ella últimamente. Belén le había dado largas, como a todo el mundo. Belén se ríe cuando le hablan de su amiga y dice: *“es*

que nosotras dos juntas éramos muy muy payasas...” Entonces explica una anécdota donde todos podemos ver parte de esa inocencia y confianza que echa a faltar. La semana siguiente se planteó quedar a cenar con su amiga y lo hizo. Recordaron sus payasadas del pasado. A la siguiente aceptó la invitación a una cena con todas las amigas del instituto. Por último, junto con el grupo, se puso como meta en el grupo organizar un viaje de “final de tratamiento oncológico” con varias amigas y desde el grupo le ayudamos a marcarse los pasos, es decir, el itinerario para conseguirlo (información, reservas...). Fue compartiendo su preparación con nosotros y en el seguimiento a tres meses nos habló de su fabuloso viaje a Brasil. Ya estaba planificando el siguiente.

Muchas veces observamos que las sensaciones que se echan a faltar constituyen de hecho el propio foco terapéutico y demanda de tratamiento psicológico de la paciente. Este ejercicio podría considerarse también una forma de activación conductual en una orientación cognitivo-conductual ya que se dirige a aumentar actividades placenteras, pero a nuestro entender va más allá, integrando muchos elementos autobiográficos e identitarios. Integra elementos de pérdida (la enfermedad te hace madurar y endurecerte más de lo que quisieras), de recuperación de memorias autobiográficas positivas (recuerdo de infancia inocente y feliz con los abuelos) de continuidad (inocencia de los hijos resuena con propia inocencia), recuperación (apertura a la amiga que favoreció conectar con la inocencia y confianza adultas) y de esperanza e ilusión (capacidad de generar metas en el futuro y vías para conseguirlas donde esas emociones sigan estando, como en el viaje que planificó con las amigas).

b) Elaboración de una pauta personal de realización.

Una intervención psicoterapéutica similar es la que hemos llamado “Elaboración de una pauta personal de realización”. En general en psicoterapia se acostumbra a construir lo que se conocen como pautas problema. Una pauta problema es una narrativa construida entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la repetición de un modo insatisfactorio de relación consigo mismo, o con los otros significativos, en el contexto de una cultura⁽⁹⁾ (p.139). Digamos que como psicoterapeutas estamos acostumbrados a observar lo que se repite de forma insatisfactoria en la vida de los pacientes. Desde una psicoterapia positiva hay que cambiar el foco también a aquello que se repite de forma satisfactoria en la vida de los pacientes, incluso en la enfermedad. Esto es especialmente importante en el trabajo con elementos autobiográficos positivos. Es importante disponer de ese lenguaje emocional que conecte la emoción positiva en las referencias temporales pasado-presente-futuro oportunas. ¿Qué elementos han marcado la realización personal de cada miembro del grupo? El cuidado de los suyos, aspectos profesionales, valores de justicia, solidaridad... Estas intervenciones no las proponemos como ejercicios. Es en momentos avanzados de la terapia y en los momentos oportunos (especialmente en el trabajo con la esperanza y búsqueda de sentido) cuando puede tener mayor valor realizar este tipo de intervención.

Escribimos un ejemplo de una intervención realizada con Sara, una paciente del grupo diagnosticada de cáncer de mama, fibromialgia y fatiga crónica con elevados sentimientos de inutilidad, pérdida de sentido y sensación de ser una carga para los suyos. En esos momentos ya conocíamos bien la biografía de Sara y nos arriesga-

mos a sugerir la que podía ser una pauta de realización personal para ella cuando manifestó sentir que era una carga para los suyos.

Terapeuta Sara, a pesar de no poder valerte totalmente por ti misma y sentir que eres una carga para tus hijos ahora que no puedes ayudarles tanto como quisieras, siempre te las ingenias para saber de sus vidas y tratar de darles orientación y consejo. Durante la anterior sesión tu hijo te llamó y cuando colgaste comentaste: “Este hijo mío..., ¡Es un caso! Le pasan unas historias..., y todo me lo cuenta, ¿eh?... ¡Me tengo que reír!”

En ese momento me pareció claro como mantienes intacto el interés (presente) por ellos, como siempre has sentido. Nos hablas de ellos con orgullo y satisfacción (pasado), se te ilumina cara y eleva el torso (presente) cómo si estuvieras complacida (pasado) de haber logrado que sean como son.

Es como si la enfermedad no te hubiera podido quitar el interés por los tuyos. No sé en que medida quieres mantener este interés, pero ¿Crees que el ser capaz de experimentar y ser consciente de que eso aún sigue ahí puede darte una mayor confianza (futuro) en ti misma y en los tuyos?

Este ejemplo conjuga una forma de generar continuidad temporal pasado-presente-futuro con emociones positivas en la elaboración de una pauta de realización personal. A diferencia del trabajo con la elaboración de pautas problema, donde las personas manifestamos más resistencias, en la elaboración de pautas personales de realización el paciente acostumbra a vivirlas como una alabanza y reconocimiento personal.

Modelos positivos de afrontamiento

Ante un evento tan disruptivo, y ajeno muchas veces a la propia experiencia

previa, como puede llegar a ser el cáncer, la gran mayoría de personas inician un proceso de búsqueda de información, de referentes y de modelos de entender y afrontar esta adversidad. Normalmente los modelos de afrontamiento pueden ser otros pacientes, personas significativas y uno mismo para los otros. En un primer momento se ayudará a identificar la característica, virtud o fortaleza y luego para luego explorar su valor terapéutico.

a) Otros pacientes: En el grupo preguntamos sobre si han aprendido o quisieran aprender algunas formas de llevar o afrontar la enfermedad que han visto en otros pacientes oncológicos (u otras enfermedades graves) incluyendo al propio grupo. Sabemos que este modelado es muy importante para realizar cambios vitales positivos. Weiss⁽⁵⁰⁾ encontró que las mujeres que habían tenido contacto con otras supervivientes de cáncer de mama que percibían beneficios de su experiencia, notaban una significativamente mayor búsqueda de beneficios (cambios vitales positivos) en contraste con las mujeres que no habían tenido ese contacto. Una pregunta posible:

– ¿Qué hacía que esa persona fuera admirable en la enfermedad? (Búsqueda de referentes-modelos que guíen).

b) Personas significativas. La familia o los amigos pueden ser referentes actuales o simbólicos (si han fallecido por ejemplo) de cómo afrontar los problemas y situaciones extremas. Aludir a estos referentes tiene un gran valor psicoterapéutico ya que potencian una mayor continuidad y sentido vital, fortalecen la vinculación afectiva actual y pasada con los seres queridos. Una intervención podría ser:

Me dices que tu padre conseguía siempre animarte haciéndote ver la vida de forma más optimista. Si el pudiera estar aquí ¿qué te diría ahora que estás tan hundida?

c) Uno mismo. Es muy importante ayudar a identificar las virtudes y fortalezas de

los pacientes y como transmiten ese valor (modelo para otros) en su entorno o en el grupo.

– *¿Qué características personales propias creéis que también podrían servir a otras personas que pasan por la enfermedad?*

Una vez identificadas esas posibles virtudes, ej. Sociable, expresiva, tenaz, activa, sociable..., se puede utilizar la virtud como una clave para solucionar situaciones difíciles donde la virtud puede tener un valor para alguien del grupo o la propia persona.

– *¿Qué haría una persona tenaz y activa si se sintiera sola o incomprendida ?*

– *¿Cómo podría una persona sociable y expresiva transmitir a la gente esos valores incluso mientras pasa por una enfermedad oncológica?*

Facilitar cambios de Estilo de Vida Saludable (EVS)

Bastantes pacientes ven el cáncer como el impulso para cambiar su estilo de vida y adoptar comportamientos saludables⁽⁵¹⁾. Estos cambios positivos se incluyen dentro de los cambios vitales positivos que son más específicos del cáncer o de otras enfermedades graves. La gran mayoría instrumentos que evalúan cambios positivos tras situaciones extremas no contemplan estos cambios⁽⁹⁾. En los últimos años el papel de las intervenciones psicológicas sobre parámetros como la supervivencia, la recurrencia o la aparición de segundos tumores, se está vinculando por un lado a su capacidad de fomentar Estilos de Vida Saludables (EVS)⁽⁵²⁾, principalmente dieta, ejercicio, reducción de hábitos nocivos (ej. fumar), y por otro lado a incidir sobre parámetros del tratamiento oncológico (adherencia al tratamiento y asertividad en las demandas al equipo médico)⁽⁵³⁾ Recientemente se ha publicado un importante ensayo clínico aleatorizado⁽⁵⁴⁾ que añade a un tratamiento

psicológico grupal más o menos estándar estos elementos. En este estudio después de una mediana de 11 años de seguimiento, los sujetos que realizaron la intervención psicológica habían reducido el riesgo de recurrencia de su cáncer de mama y de muerte por cáncer, demostrando que las intervenciones psicológicas pueden mejorar la supervivencia.

En nuestro programa de psicoterapia grupal abordamos en 2 sesiones específicas los EVS y la adherencia a los tratamientos. Conjuntamente con una enfermera oncológica y una nutricionista realizamos educación sanitaria sobre curas y cuidados, adherencia terapéutica, reducción de hábitos nocivos (ej. fumar), dieta y ejercicio físico. Seguimos también un enfoque potenciado desde la Psicología Positiva, donde las creencias positivas sobre la salud (sensación de control/implicación en la propia enfermedad, disposición optimista), más que las negativas (miedo, sensación de amenaza) ayudan más a las personas en situaciones de amenaza para su salud en la adopción de conductas de salud⁽⁵⁵⁾. De forma muy sintética, en el grupo tratamos de favorecer la búsqueda del significado y sentido vital que tienen estos hábitos de salud más que verlos como algo que supone únicamente una amenaza a controlar para que no venga la enfermedad. Fomentar el autocuidado, para empezar a ver y sentir el cuerpo no como el campo de batalla que sienten que ha sido durante los tratamientos ni como el lugar de amenaza e hipervigilancia permanente que anuncia una recaída, sino como medio y espacio de gozo, disfrute y confianza.

Otros aspectos psicosociales de interés en el crecimiento: reinserción laboral y altruismo

Durante el grupo surgen habitualmente las grandes dificultades que muchos participantes tienen en reintegrarse a su ac-

tividad laboral. Las razones son múltiples. En el grupo directamente trabajamos las dificultades personales de comunicación, asertividad y negociación con la empresa para adaptar el puesto de trabajo. También apoyamos la búsqueda y cambios de empleo que generen mayor realización personal. Por último, reorientamos a servicios de reinserción laboral para supervivientes de cáncer con los que tenemos un contacto mantenido.

Por otro lado, tratamos que el grupo sea un promotor de conductas altruistas. Estas conductas las asociamos también a crecimiento en la enfermedad. Guiamos la inquietud y necesidad de ayudar a otros, que muchos pacientes expresan, orientando a centros y actividades de voluntariado, por ejemplo.

MODULO 4: ASPECTOS EXISTENCIALES Y ESPIRITUALES.

“La posibilidad de no existir o de no ser, es la ansiedad principal de la condición humana”⁽⁵⁶⁾. Independientemente de ser o no ser creyente, situaciones límite como un diagnóstico de cáncer o de una enfermedad grave, nos pone en contacto con nuestras emociones más primitivas, con nuestra existencia, con el sentido de la vida, de nuestra vida. Se experimenta una crisis de conocimiento, es decir, la toma de conciencia de nuestra mortalidad que se asocia con aspectos diversos como el de ser impermanentes desde un punto de vista material o el de la transitoriedad de todo. Estas situaciones confrontan con la propia muerte, real o potencial, probablemente ignorada durante años y/o evitada hasta el diagnóstico de cáncer. Instintivamente emerge en nuestro interior una inquietud especial que favorece la búsqueda de respuestas en relación con nuestra existencia, hablamos de la dimensión espiritual⁽⁵⁷⁾

La premisa básica en todos los enfoques existencialistas es que “los seres hu-

manos somos los únicos seres para quienes la propia existencia es un problema”⁽⁵⁸⁾. El cáncer confronta a quien lo padece con esos datos problemáticos de la propia existencia. De ese encuentro conflictivo surgen cuestiones que aluden a las preocupaciones supremas o existenciales: muerte, libertad, soledad y sin sentido⁽¹⁰⁾. Éstas constituirán el denominador común de muchos de los conflictos y problemas que aparecen en toda terapia con pacientes oncológicos y también, paradójicamente, son la base para la realización de Cambios Vitales Positivos. Desde una posición existencial consideramos que los cambios vitales positivos, o crecimiento en cáncer, ocurren cuando la persona afronta estas preocupaciones y emergen en ella:

En relación a la Muerte. Una mayor toma de conciencia de la propia vulnerabilidad y de la inevitabilidad de la muerte. La teoría existencial sugiere que la confrontación directa con la propia mortalidad puede elicitar una reevaluación y redefinición de las metas vitales y las prioridades⁽⁸⁾.

En relación a la Libertad. Mayor capacidad de distinguir y de decidir entre lo realmente importante de lo accesorio o superficial que conducen a un sentimiento de mayor libertad. Los miembros del grupo acostumbran a comentar la superación o flexibilización de elementos que constreñían dicha libertad: miedo al juicio de los otros, dudas referidas a los propios derechos, conflictos relacionales, sentimientos de culpa, de obligación, el temor a traicionar, a no complacer, vías únicas para ser feliz...

En relación a la soledad. Optimización de las relaciones interpersonales, superando el aislamiento que puede producir la enfermedad. Aumento de esa necesidad de conexión con los otros, tan intrínsecamente humana, a un nivel más íntimo.

En relación al sin sentido. Percepción de mayor continuidad, coherencia, orden y propósito en la propia vida, que ahora

se experimenta con mayor plenitud y significado.

Componentes de la espiritualidad como la habilidad para encontrar significado y paz en la vida han demostrado ser importantes predictores de ajuste psicológico en la supervivencia a un cáncer, pero el único componente de la espiritualidad que se ha asociado a crecimiento en cáncer es la fe ⁽⁵⁹⁾.

ANTICIPAR LA POSIBILIDAD DE RECAÍDA

La guía e inicio para abordar estos temas en las sesiones finales del grupo surge del *anticipar la posibilidad de recaída en la enfermedad*. Aunque el miedo a la posible recaída está presente en todo el proceso psicoterapéutico, no es hasta este último módulo que planteamos como creen que afrontarían ese escenario futuro temido. “¿Cómo creéis que afrontaríais una recaída de la enfermedad?”

Las respuestas son variadas. Desde las más optimistas que dicen que lo volverían a afrontar igual, y que si han salido una vez porque no lo iban a hacer otra, hasta las que creen que tirarían la toalla y que no se darían otra vez más tratamiento. En este debate analizamos que cosas les servirían del proceso de diagnóstico y tratamiento oncológico previo para abordar este recaída. Vamos resaltando los recursos y discursos más optimistas, pero avanzamos preguntando desde los discursos más pesimistas hacia escenarios progresivamente más temidos.

Ej. *“Bueno, al parecer algunas de vosotras rescatáis algunos aprendizajes del proceso actual que creéis os ayudarían en la recaída. Otras, en cambio, decís que tiraríais la toalla, pensando que ya no hay solución, qué solo quedaría la muerte – Asienten– Parece que todas en un momento u otro de la enfermedad os ha surgido este temor, el de morir. Aunque hay una*

tendencia general a evitar este tema en la mayoría de personas, en general el hacerlo aquí, en un lugar seguro y de soporte como el grupo, con personas que comparten esta misma preocupación ,además de duro y emotivo, paradójicamente, puede resultar muy enriquecedor. Cuando os habéis planteado esta posibilidad, quisiera saber, ¿qué aspectos os preocupan más de ese escenario?”

Esta pregunta acostumbra a generar elevada emotividad. La respuesta más frecuente es la preocupación por perder a los seres queridos. Otras también tienen que ver con: miedo a sufrir, al deterioro, a la pérdida de autonomía o a ser una carga para los otros, entre otras. No nos interesa abordar cada preocupación concreta sino en qué medida ser más consciente de la muerte y sus consecuencias puede ayudar a vivir más plenamente la vida. Algunos temas de especial interés en el abordaje existencial son:

Abordar la anestesia emocional y existencial

Es frecuente en los grupos escuchar narrativas de desilusión, indefensión y sensación de “vivir porque toca”, sin esperar ya nada bueno. En los grupos solemos decir:

“Hay personas que tras la enfermedad ya no se ilusionan, no disfrutan de nada, es cómo si se dejaran ir...Algunos es como si nos estuvieran diciendo: Como no puedo controlar ni predecir que la enfermedad vuelva, más vale vivir sin ilusión, como preparándome para el siguiente palo, recaída o la propia muerte . Es casi como “morir en vida”...”. Incluso algunas personas se distancian afectivamente de sus seres queridos en un intento desesperado de prepararles para cuando no estén. A veces pareciera que pensarán: “Si consigo que no me quieran quizás lleven mejor mi pérdida. Los familiares cuando les pregun-

tamos sobre esto, en cambio, acostumbran a pensar lo contrario...”

Esta intervención pretende ser algo así como una terapia de choque existencial. Trata de favorecer la toma de conciencia de como algunos comportamientos pueden ser vistos como una forma de prepararse de forma disfuncional para la muerte. Yalom⁽⁵⁸⁾ utiliza una frase de Otto Rank para explicar este fenómeno: “algunos rechazan el préstamo de la vida para evitar estar en deuda con la muerte”. Serían esas personas que se anestesian a sí mismas y evitan entrar en la vida con entusiasmo sólo porque temen perder demasiado. Está intervención utilizada en el momento adecuado puede hacer reaccionar a algunos miembros del grupo ante la imagen que esta intervención les puede devolver de sí mismos. Especialmente les hace reaccionar el no querer provocar desapego en sus seres queridos. Otras preguntas en relación a estas conversaciones que pueden ser útiles son las que aluden a:

Trascendencia: trabajar con valores, legado y posibilidad de posicionarse como modelo al final de la vida

¿Cómo quisierais que ellos os recordaran si eso pasara (la muerte)? ¿Qué valores quisierais transmitirles incluso en esa situación? Preguntas de este estilo tratan de favorecer la transmisión de valores intergeneracional, el legado a los seres querido, y el situarse como modelo para los suyos como forma de Trascendencia.

El arrepentimiento como vía constructiva

El arrepentirse de cosas del pasado muchas veces no suele ser constructivo, pero si lo puede ser cuando se anticipa en el futuro tratando de movilizar el cambio.

¿Cómo os gustaría vivir y recordar este periodo previo a esa recaída temida? ¿De

qué cosas no os quisierais arrepentir al mirar hacía atrás si llegará esa situación?

INTERVENCIONES BASADAS EN LA GRATITUD Y EL PERDÓN

Tras la enfermedad muchos pacientes explican que se producido un proceso de selección entre las personas que estaban a su alrededor. Se produce mayor cercanía con las que han cumplido e incluso superado las expectativas que ellos habían depositado. Sin embargo, otras personas les han decepcionado y fallado. Este proceso de selección en las relaciones interpersonales tiene implicaciones emocionales y existenciales muy importantes. En algunos casos la cercanía con algunas personas puede tornarse dependencia, y en el otro extremo, la decepción y dolor por los que les fallaron, puede generar distanciamiento e incapacidad para volver a intimar o confiar en otras personas. Explorar las posibilidades de agradecimiento y perdón puede ser una buena vía de optimización y reconexión interpersonal, también de crecimiento postraumático, a plantear en cáncer.

Gratitud

En la investigación se han asociado las experiencias de gratitud con mayores niveles de bienestar y felicidad⁽⁶⁰⁾. Desde la psicología positiva se han descrito diversas intervenciones basadas en la gratitud⁽⁶¹⁾, pero en general todas se basan en la toma de conciencia de haber recibido algo positivo y que ese algo provenía de una fuente externa a uno mismo (una persona la mayoría de veces). En el grupo proponemos el siguiente ejercicio para tomar conciencia de “este algo positivo” recibido de los otros:

“Antes y después de la enfermedad hay cosas en vuestras vidas por las que sentiros agradecidos. Os pido que durante la si-

guiente semana anotéis cada día una cosa por la que os sintáis agradecidos”.

En la siguiente sesión analizamos las cosas que han ido escribiendo y analizan estas experiencias de gratitud. Es muy curioso ver que aunque sólo les pedimos que las anotarán, algunos miembros del grupo nos dicen que al pensar sobre ello, sintieron la necesidad de expresar ese agradecimiento. Unos escriben cartas, otros aprovechan una reunión familiar, otros un momento de intimidad con la pareja, para expresar esa gratitud. Es interesante como esos gestos espontáneos remueven a los que no creen que hayan de expresar agradecimiento, ya sea porque suponen que los otros saben que están agradecidos o porque ellos hubieran hecho lo mismo. *“Era su obligación”,* dicen. Esto abre el debate de forma interesante. Una paciente respondía a este sentido de obligación: *“Yo no creo que sea una obligación ayudar. De eso te das cuenta cuando ves que alguien que debería ayudarte, por ejemplo mi hermana, no lo hace, y otros que no estarían tan obligados, mi vecina por ejemplo, no deja de mimarme. Yo no paro de agradecerse. Ojala pudiera también agradecerse a mi hermana”*.

Generalmente las muestras de gratitud profundizan en el sentimiento de conexión con la gente, refuerzan la creencia en la bondad de la gente y favorecen la expresión, comunicación e intimidad en las relaciones.

Perdón

De forma secuencial, tras las intervenciones basadas en la gratitud introducimos otras más complicadas, las basadas en el perdón. Estas intervenciones suelen ser más complejas y hay que ser muy cuidadoso para no transmitir “una presión a perdonar” que puede ser malinterpretada. El actuar sobre el perdón puede permitir liberar emociones negativas de dolor, ren-

cor y rabia que pueden impedir o bloquear otras emociones más positivas. Muchas veces el perdón podrá permitir neutralizar o positivizar algunos recuerdos, mejorando la satisfacción vital. El perdón tiende a asociarse de forma positiva con el bienestar psicológico, la salud física y con resultados deseados en las relaciones interpersonales ⁽⁶²⁾.

En el grupo abordamos esta cuestión diciendo:

“Antes y después de la enfermedad hay cosas en nuestras vidas que son difíciles de perdonar. Algunas ya están perdonadas, olvidadas o ya no son importantes, pero otras persisten aún en nuestra cabeza con preocupación, rencor o rabia. Os pido que para la semana siguiente anotéis entre 1 y 3 cosas que os gustaría poder perdonar”.

En los grupos pueden surgir casos que responden a situaciones traumáticas previas a la enfermedad donde plantear el perdón puede vivirse como una ofensa (ej. maltratos, violencia...). Estos casos requieren un abordaje más complejo, y quizás no precisamente desde el perdón, al menos en un inicio. Sin embargo, lo más habitual es que aparezcan dificultades para perdonar a esposos, familiares, hijos y amistades por diferentes ofensas que sienten haber recibido. Muchas tienen que ver con no entenderles, preocuparse o ayudarles en la enfermedad. Una vez traen anotados los temas vinculados al perdón, trabajamos desde un esquema que contempla algunos elementos comunes a una intervención centrada en el perdón ⁽⁶¹⁾ :

a) Favorecer la empatía con el agresor. *¿Creéis que ellos han podido tener dificultades en abordar una situación emocionalmente tan difícil como el veros pasar por esta enfermedad?*

b) El reconocimiento de las faltas propias y defectos *¿Es una persona que pasa por un cáncer fácil de entender o tratar en esta situación? ¿Es fácil contentar todas las*

demandas que la enfermedad genera? ¿Hicisteis algo que pudo favorecer la ofensa o dificultar el acercamiento de ellos?

c) Valorar el tipo de atribución y conducta del agresor tratando de explorar si es posible reducir la percepción del locus de control (intencionalidad) que se tiene de la agresión *¿Se han comportado así de forma deliberada, con intención de dañaros? ¿Han mostrado alguna forma de arrepentimiento en algún momento?*

d) Reducir la rumiación sobre la agresión recibida ya que favorece la venganza y reduce la posibilidad de perdón. Si al final se observa que no hay posibilidades de perdón y que hay mucha rumiación con malestar asociado, a veces hemos planteado la siguiente intervención estratégica, para generar conciencia de disfuncionalidad de la rumiación. *“Hay veces que dedicamos muchas energías y pensamientos a personas que ya no valoramos porque nos hicieron daño o fallaron. Casi parece que les damos más importancia que a los que sí valoramos, han estado ahí y nos quieren. Hay personas que pareciera que sólo se preocupan por los que les ofenden...¿Corréis el riesgo que os pase algo parecido a vosotras?”*

CARTA DE DESPEDIDA

En la penúltima sesión les pedimos que elaboren una carta de despedida. Aunque dejamos libertad, les damos una cierta guía de lo que podría ser interesante saber:

¿Qué ha supuesto para ti participar en este grupo? Aprendizajes y reflexiones que habéis hecho del resto de miembros y de las propuestas planteadas por el terapeuta.

¿Qué cosas aún me quedan pendientes de realizar ahora que se acaba el grupo? (retos post-grupo)¿Cómo crees que llevarás los 3 meses hasta el primer seguimiento?

RESULTADOS

Con el objetivo de evaluar este nuevo programa de psicoterapia positiva (PP), comparamos los resultados obtenidos con nuestro anterior programa de psicoterapia grupal de respuestas traumáticas (PRT), exclusivamente orientado a la reducción de malestar emocional. En este estudio valoramos la eficacia diferencial de ambas terapias en la reducción de malestar emocional (en forma de sintomatología postraumática) medido por el *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-C) y en la facilitación de crecimiento medido por el *Post-traumatic Growth Inventory* (PTGI)⁽³²⁾. Los pacientes que entran al programa tienen dificultades moderadas-graves de adaptación tras la enfermedad y el tratamiento oncológico. El diagnóstico DSM-IV⁽²⁵⁾ más prevalente es el de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido. Los criterios de inclusión a los programas de psicoterapia grupal son: 1) demanda de ayuda psicológica con 2) malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio F del DSM-IV⁽²⁵⁾). Un tercer criterio de inclusión pero no excluyente (lo cumplía el 95%) fue presentar “estrés sustancial” en forma de sintomatología postraumática de probable caso clínico medida por el PCL total (puntuaciones > 40). Se realizaron medidas en lista de espera, antes del inicio del grupo, al finalizarlo y a los tres meses de seguimiento. Se observó que ambas terapias reducen significativamente la sintomatología postraumática al final de la terapia grupal, pero en el seguimiento a 3 meses sólo la PP mantiene e incluso aumenta sus efectos en la reducción de malestar emocional con diferencias estadísticamente significativas respecto la PRT. En cuanto a la facilitación de crecimiento, la PP es superior a la PRT al final del grupo, aumentando las diferencias hasta ser estadísticamente sig-

nificativa en el seguimiento a los 3 meses. Por otro lado, para valorar la autenticidad de este crecimiento en la PP valoramos la opinión de los esposos en uno de los grupos (N=7). Concretamente valoramos con una adaptación del PTGI pre-post grupo el crecimiento percibido de los esposos (contagio del crecimiento) y la valoración que hacían del crecimiento en sus esposas (transmisión del crecimiento). En los esposos se observó que no había Crecimiento pre-post grupo pero si percibían un incremento elevado del crecimiento pre-post grupo en las esposas, aunque dado el escaso tamaño muestral no llegaba a ser significativo. Al mismo tiempo había mayor concordancia (se reduce la diferencia PRE-POST) en como perciben esposos y pacientes el crecimiento de estas.

CONCLUSIONES

Consideramos que cualquier programa de atención psicosocial en cáncer ha de integrar en un mismo marco de experiencia humana (personal, familiar y social) elementos de daño y reparación pero también de crecimiento y transformación. Este programa pretende ofrecer una guía útil de intervención práctica desde esta óptica, aportando unos primeros resultados prometedores. En un futuro nuestro reto es ampliar la evaluación de los resultados del programa a áreas como los cambios de estilos de vida saludables, la adherencia al tratamiento, la reinserción laboral y la supervivencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Sales P. Psicoterapia positiva en situaciones adversas. En Vázquez C, Hervás G, Editores. Psicología Positiva Aplicada. 1ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2008. p. 155-190.
2. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol.* 2000;55(1):5-14.
3. Joseph S, Linley A. Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress: An Integrative Psychosocial Framework. In: Joseph S, Linley A. Editors. *Trauma, Recovery and Growth.* 1ª ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2008. p. 3-20.
4. Vázquez C, Hervás G. *Psicología Positiva Aplicada.* 1ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2008.
5. Snyder CR, Lopez SJ. *Handbook of Positive Psychology.* 2º ed. New York. Oxford University Press, 2009.
6. Spira JL, Ree, G. *Group psychotherapy for women with breast cancer.* 1ª ed. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2003.
7. Antoni MH. *Stress management intervention for women with breast cancer: Participant's workbook.* 1ª ed. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2003.
8. Spiegel D, Classen C. *Group therapy for cancer patients: A Research-Based Handbook of Psychosocial Care* 1ª ed. New York. Basic Books; 2000.
9. Fernández Liria A , Rodríguez Vega B. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001
10. Yalom I. *Psicoterapia existencial y Terapia de grupo.* Barcelona. Paidós Ibérica; 2000
11. Barbero J, Barreto P, Arranz P, Bayés R. *Comunicación en Oncología Clínica.* Madrid: Just in Time/Roche Farma, 2005.
12. Fernández-Liria A, Rodríguez Vega B. *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 2006
13. Coyne JC, Racioppo MW. Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *Am Psychol* 2000;55(6):655-64.
14. Stanton AL, Kirk SB, Cameron CL, Danoff-Burg S. Coping through emotional approach: scale construction and validation. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78(6):1150-69.
15. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts

- psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(5):875-82.
17. Tennen H, Affleck G. Benefit-finding and Benedict reminding. In: Lopez SJ, Snyder C, editors. *Handbook of Positive Psychology*. 1° ed. New York. Oxford University Press, 2002.
 18. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom Med*. 2004; 66(3):442-54.
 19. Greenber LS, Paivio, SC. *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000
 20. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull*. 2005;131(6):925-71.
 21. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol*. 2004; 86(2):320-33.
 22. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol*. 2001; 56(3):218-26.
 23. Pérez Sales P. *Trauma culpa y duelo*. Bilbao. Desclée de Brouwer; 2006
 24. Maté J, Ochoa C, Gil F, Porta J. *Insomnio*. En Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A, coordinadores. *Manual de Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. 2ª ed. Madrid: Aran, 2008
 25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
 26. Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clin Psychol Rev* 2009; 29(1):24-33.
 27. Koocher GP, O'Malley J. *The Damocles Syndrome*. Nueva York: McGraw-Hill, 1981.
 28. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22(4):499-524.
 29. Andrykowski MA, Cordova MJ, McGrath PC, Sloan DA, Kenady DE. Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncology* 2000; 9(1):69-78.
 30. Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(6):981-6.
 31. Cordova MJ, Studts JL, Hann DM, Jacobsen PB, Andrykowski MA. Symptom structure of PTSD following breast cancer. *J Trauma Stress* 2000; 13(2):301-19.
 32. Ochoa C, Castejon V, Sumalla EC, Rodríguez A. *Psicoterapia positiva grupal en supervivientes de cáncer: eficacia en la reducción de malestar emocional y en la facilitación de Crecimiento Postraumático*. Comunicación oral. IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicooncología. Barcelona; 2009
 33. Ochoa C, Sumalla EC, Gil F. World assumptions (WA) and posttraumatic cognitions (PTC) related to trauma response in cancer patients. *Psychooncology*. 2006; 15 (Supp 2): S-351.
 34. Codova MJ. Facilitating Posttraumatic Growth Following Cancer. In Joseph S, Linley A. editors. *Trauma, Recovery and Growth*. 1ª ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008. p. 185-207.
 35. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(5):626-53.
 36. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Trauma and transformation: Growing in the Aftermath of suffering*. Thousand Aks: Sage Publications, 1995.
 37. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes*

- in the aftermath of crisis. Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum; 1998
38. Sawyer A, Ayers S, Field AP. Posttraumatic Growth and Adjustment among Individuals with Cancer or HIV/AIDS: A Meta-Analysis. *Clin Psychol Rev In Press*.
39. Lechner S, Brenda S, Stoelb L, Antoni MH. Group-based Therapies for Benefit Finding in Cancer. In Joseph S, Linley A. Editors. *Trauma, recovery and growth*. 1ª ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2008. p. 207-231.
40. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2001; 20(1):20-32.
41. Penedo FJ, Molton I, Dahn JR, Shen BJ, Kinsinger D, Traeger L, et al. 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. *Ann Behav Med* 2006;31(3):261-70.
42. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychol Health* 2005; 20(2):175-92.
43. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol*. 2003; 22(5):487-97.
44. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychol*. 2005; 24(3):266-73.
45. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2006; 25(1):47-56.
46. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ. Erlbaum; 2000.
47. Green BL, Epstein SA, Krupnick JL, Rowland JH. Trauma and medical illness: assessing trauma-related disorders in medical settings. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p.160-91
48. Tennen H, Affleck G. Benefit-finding and Benefit reminding. In: Lopez SJ, Snyder C, Editors. *Handbook of Positive Psychology*. 2º ed. New York: Oxford University Press; 2002.
49. Snyder CR. *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Nueva York: Academic Press, 2000.
50. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psychooncology* 2004;13(4):260-8.
51. Fromm K, Andrykowski MA, Hunt J. Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: implications for quality of life assessment. *J Behav Med*. 1996;19(3):221-40.
52. Boesen EH, Johansen C. Impact of psychotherapy on cancer survival: time to move on? *Curr Opin Oncol* 2008; 20(4):372-7.
53. Ochoa C, Mate J, Sumalla EC, Sánchez N, Gil F. *Psicooncología*. En: Fernández de la Cruz, L M. À. Fullana MA, Llabrés J, coordinadores. *CDSCRITC2008 Actualitzacions de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament [Monografia en CD-ROM]*. Barcelona: SCRITC; 2009.
54. Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, et al. Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer* 2008;113(12):3450-8.
55. Remor E. Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. En Vázquez C, Hervás G, Editores. *Psicología*

- Positiva Aplicada. 1ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2008. p. 191-213.
56. Heidegger M. Ser y tiempo. Madrid. Trotta, 2003
57. Maté J. Dimensió espiritual i malaltia. (27 de setembre de 2007). Mesa redona organitzada per la Associació Espanyola contra el Càncer (AECC). Caixa Forum Barcelona.
58. Yalom I. Mirando al sol. Buenos Aires. Emecé editors, 2008
59. Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, Park CL, Kwan L, Ganz PA, et al. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(4):730-41.
60. Bono G, McCullough ME. Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *J Cogn Psychother* 2006; 20:147-58
61. Hervás G, Sánchez A, Vázquez C. Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. En: Vázquez C, Hervás G, editores. *Psicología Positiva Aplicada*. 1ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2008. p. 41-71.
62. Worthington EL, Scherer M. Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychol Health* 2004;19: 385-405