

Evaluación de un modelo de intervención psicooncológica en el peridiagnóstico de pacientes adultos

Mariano Demateis^{1*} , Claudia Castañeiras² , Dario Llull³ 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.98169>

Recibido: 25 de abril de 2024 / Aceptado: 15 de agosto de 2024

Resumen: Introducción: El diagnóstico oncológico impacta en distintos aspectos de la vida del paciente. Su adaptación al cáncer debería ser evaluada en función del momento del curso oncológico, siendo la activación emocional (AE) y la representación de la enfermedad (RE) sus dos componentes medulares. Se diseñó una intervención psicooncológica centrada en la adaptación a la enfermedad para el peridiagnóstico, etapa del curso con características y demandas específicas. El objetivo del trabajo es presentar resultados derivados de la aplicación de un Modelo de Intervención Psicooncológica en el Peridiagnóstico (MIPP) en pacientes adultos. Método: Se realizó un estudio experimental aleatorizado de 50 pacientes recientemente diagnosticados (en la semana posterior a primera consulta con oncólogo), asistidos por el servicio de oncología del Hospital Ramón Santamarina (Tandil, Argentina). Se evaluó AE con DASS 21, RE con BIPQ-R y ajuste al cáncer con miniMAC, en el primer y último día de aplicación del protocolo. Resultados: Se obtuvieron diferencias estadísticas significativas positivas y tamaño del efecto grande en la comparación intergrupos (intervención/control) en las medidas pre/post para las variables AE y RE. En el análisis intragrupo (intervención) se mantuvo la significación estadística, con tamaño del efecto medio y grande. Conclusión: La implementación del MIPP resultó efectiva y relevante clínicamente para mejorar la adaptación a la enfermedad en la primera fase del curso oncológico en pacientes adultos.

Palabras clave: Psicooncología, peridiagnóstico, activación emocional, representación de la enfermedad, intervención psicológica, adaptación al cáncer.

¹ Mariano Demateis. Hospital Ramón Santamarina, ciudad de Tandil, Buenos Aires. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. ORCID: 0009-0009-1127-9194
E-mail: mariano.demateis@gmail.com

² Claudia Castañeiras. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. ORCID: 0000-0003-3332-2455
E-mail: claudiamdq@gmail.com

³ Dario Llull. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. ORCID: 0009-0006-2117-225X
E-mail: dariollull@gmail.com

* Dirección de correspondencia: Mariano Demateis, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Dean Funes 3270, CP: B7602AYJ, Provincia de Buenos Aires, Argentina. E-mail: mariano.demateis@gmail.com

ENG Evaluation of a psycho-oncological intervention model in the peridiagnosis for adult patients

ENG Abstract. Objective: Cancer diagnosis impacts diverse aspects of a patient's life. Their adjustment should be assessed according to the phase of the oncologic course, being emotional activation (AE) and illness representation (RE) its two medullary components. A psychosocial intervention was developed for the peridiagnosis phase, characterized by specific features and demands. This paper aims to present findings resulting from the application of the Model of Psychooncological Intervention in Peridiagnosis (MIPP) in adult patients. Method: A randomized experimental study was conducted with 50 newly diagnosed patients (in the week following the first consultation with the oncologist), attended by the oncology service of the Santamarina Hospital (Tandil, Argentina). AE was assessed with DASS 21, RE with BIPQ-R and adjustment to cancer with miniMAC, on the first (pre) and last (post) day of protocol application. Results: Significant positive differences and large effect sizes were obtained in the between-group comparison (intervention/control) in the pre/post measures for the variables AE and RE. In within-group (intervention) analysis, statistical significance was maintained, with medium and large effect sizes. Conclusions: The implementation of the MIPP had a significant impact of clinical relevance on adjustment to cancer in the first phase of the oncologic course in adult patients.

Keywords: Psycho-oncology, peridiagnostic, emotional activation, illness representation, psychological intervention, adjustment to cancer.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Análisis Estadístico 4. Resultados 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Demateis M, Castañeiras C, Llull D. Evaluación de un modelo de intervención psicooncológica en el peridiagnóstico de pacientes adultos. *Psicooncología* 2024; 21: 235-249. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.98169>

1. Introducción

La experiencia de enfermedad oncológica impacta profundamente en la existencia de cada persona, y representa la pérdida de un modo eficiente de funcionamiento vital^(1,2). Esta conceptualización tiene dos consecuencias directas en una concepción biopsicosocial: a) la afectación de la dimensión física repercute en el funcionamiento global y, b) la perturbación del estado homeostático desencadena inmediatamente una respuesta autorregulatoria, orientada a recuperar un modo vital funcional^(3,4). La primera de estas consecuencias justifica la necesidad del abordaje integral del paciente que atraviesa una enfermedad oncológica, ya que es probable que se vean afectadas las demás dimensiones (psicológica, interpersonal, espiritual, etc.). La segunda consecuencia ilustra el recorrido, a modo de parábola, que realiza el paciente en su intento de afrontar esta experiencia. La introducción del concepto de parábola incorpora la variable tiempo, describiendo el carácter dinámico de los síntomas y respuestas de los pacientes, con un pico de malestar psicológico en función del grado de incertidumbre que atraviesa.

Distintos estudios informan que entre 30% y 75% de los pacientes con diagnóstico oncológico manifiestan dificultades en la dinámica de esa parábola autorregulatoria, lo que se traduce en presencia de sintomatología psicológica con la intensidad y duración que pueden ser suficientes para el diagnóstico psicopatológico⁽⁵⁻⁹⁾. Sin embargo, la inclusión de la variable temporal posibilita una estimación alternativa de la presencia de tales síntomas, no necesariamente psicopatológica^(10,11). El concepto de parábola es complementario a la segmentación del curso de la enfermedad oncológica, señalada por distintos autores^(12,13). Tomando en cuenta las características específicas se reconocen cinco etapas: peridiagnóstico, tratamiento, control/libre de enfermedad, recidiva y fin de vida. El Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico

(en adelante MIPP) se diseñó para favorecer la adaptación del paciente a este momento preciso del curso de la enfermedad oncológica⁽¹⁴⁾, que se extiende desde la aparición de un síntoma físico o la realización de estudios programados (mamografía, colonoscopia, etc.) hasta el inicio del tratamiento oncológico^(13,15). La característica fundamental del peridiagnóstico es la experiencia de incertidumbre y amenaza vital, sentimientos de inadecuación e insuficiencia de los recursos personales para afrontar la enfermedad y una percepción de urgencia^(16,17). Esto se evidencia en una intensa activación emocional (en adelante AE)⁽¹⁸⁾. La intensidad de la AE es tan alta que la probabilidad de ser diagnosticado con un trastorno mental en este período es significativamente superior en el peridiagnóstico que en cualquier otra fase del curso oncológico⁽¹⁰⁾.

La emergencia de la enfermedad y el diagnóstico pone en marcha una respuesta autorregulatoria que opera en tres niveles: neuroinmunoendócrino, emocional y de afrontamiento. El primer nivel se identifica con la llamada "conducta de enfermedad" o *sickness behavior*⁽¹⁹⁾. El segundo nivel implica la AE, expresada en manifestaciones físicas y cognitivas: activación simpática, inquietud, irritabilidad, labilidad afectiva, alteración del patrón del sueño o la alimentación, rumiación, pensamiento dicotómico y catastrófico, ideas sobrevaloradas en relación a la enfermedad, hipervigilancia somática, etc. En este trabajo se hace uso del concepto de AE, que incluye el registro de los síntomas físicos y psicológicos^(18,20,21). A partir de la Teoría de la Emoción Construida de Lisa Feldman-Barret no se hace foco en la diferencia entre emociones, sino que, en principio, se las identifica como una respuesta de activación⁽²²⁻²⁴⁾. El tercer nivel de autorregulación está conformado por la implementación automática o deliberada de estrategias de afrontamiento⁽²⁵⁾.

A partir de esta idea nuclear de la autorregulación, se han construido distintos modelos teóricos para la psicología de la salud. Uno de los más extendidos es el Modelo del Sentido Común de la Enfermedad de Howard Leventhal et al.^(26,27). Estos autores proponen que en el proceso autorregulatorio se activan esquemas cognitivos para dar sentido a lo que el paciente experimenta con la enfermedad⁽²⁸⁾. Los esquemas cognitivos se nutren de diversas fuentes (esquemas aprendidos, información de medios de comunicación, aprendizajes vicarios, entre otros) y configuran una representación de la enfermedad (en adelante RE) que Leventhal llamó de sentido común^(26,28). En el estado de emergencia e incertidumbre experimentado en el peridiagnóstico, la comprensión del paciente sobre la naturaleza del cáncer, su pronóstico y consecuencias se construye a partir de esquemas cognitivos previamente adquiridos. En la urgencia, se dificulta significativamente la incorporación de nueva información, por ejemplo, la explicación del oncólogo⁽¹⁷⁾. Por tanto, el esquema cognitivo que se activará será el que predomina como RE de sentido común del paciente, condicionando no sólo la comprensión sino sus conductas subsecuentes.

Adaptación es un concepto con doble valencia: en tanto resultado se identifica con el concepto de ajuste y, en tanto proceso con la autorregulación. En el caso del paciente oncológico y su singularidad, la adaptación implicaría lograr la mínima afectación posible en las distintas áreas de funcionamiento y la máxima adherencia a la vida en aspectos significativos e importantes para él⁽²⁹⁾. Barroilhet et al., relacionan adaptación y calidad de vida, constructo multidimensional que engloba el bienestar y la satisfacción, la ausencia de síntomas psicológicos o físicos, el grado de funcionalidad (personal, social, laboral, etc.) y el mantenimiento de actividades cotidianas⁽³⁰⁾. En este trabajo, para valorar la adaptación del paciente al momento del curso oncológico que atraviesa, se considera el grado de AE y el ajuste de la RE, entendido a partir de su capacidad para dar sentido a su experiencia de la enfermedad y predecir con cierta precisión los fenómenos que le estén asociados^(18,20). De hecho, la adaptación al cáncer refleja la comprensión adecuada de las características de la propia enfermedad, de los cambios y las limitaciones que implica, las demandas de su tratamiento y, por consiguiente, la flexibilidad para tomar decisiones y adecuar el proyecto vital a la nueva situación. En este sentido, la adaptación al cáncer se halla estrechamente asociada a la reconfiguración por parte del paciente de su matriz de predicciones y atribuciones, tanto de sí mismo, como de las circunstancias que atraviesa⁽²⁰⁾.

La inclusión de la noción del distrés como un sexto signo vital es una muestra del reconocimiento progresivo de las variables psicológicas en el campo de la oncología⁽⁶⁾ lo que derivó en el desarrollo de distintas guías para la práctica de la psicooncología clínica. Sin embargo, la efectividad de las intervenciones terapéuticas fue cuestionada en distintos trabajos. La disparidad

entre los resultados reportados se ha asociado a distintos aspectos: a) heterogeneidad de las muestras (por ejemplo: distintos tipos de tumores y estadificación), b) frecuentes limitaciones metodológicas, c) falta de uniformidad en los instrumentos de evaluación, d) distintos objetivos y modalidades terapéuticas (grupal, individual)⁽¹¹⁻¹³⁾. Galway et al., subrayan que no se reconoce evidencia suficiente que avale intervenciones psicoterapéuticas para mejorar la calidad de vida o el estado anímico de pacientes oncológicos, si bien admiten que puede haber beneficios puntuales si se considera la población que manifiesta mayor malestar anímico⁽⁵⁾. Sin embargo, los tamaños del efecto son pequeños y no deberían ser considerados clínicamente significativos. Massone y Lull en una revisión sistemática sobre la efectividad de abordajes psicológicos en pacientes oncológicos informaron tamaños del efecto bajo y medio para la depresión y bajo para la ansiedad⁽³²⁾. En la misma línea, Temple y colaboradores en un meta-análisis que analizó 17 estudios aleatorizados reportaron resultados de tratamientos para pacientes con cáncer de mama con un tamaño del efecto bajo para ansiedad, depresión y distrés⁽³³⁾. Hernández-Marín et al., señalaron la falta de consenso en un modelo terapéutico efectivo para pacientes con cáncer colorrectal⁽³⁴⁾. Zhang et al., relevaron 15 trabajos sobre la aplicación de TCC en pacientes oncológicos, observando en promedio, un tamaño del efecto grande en las intervenciones para ansiedad y depresión⁽³⁵⁾. Esta tendencia se manifiesta con mayor claridad al analizar el impacto de intervenciones diseñadas específicamente para las características de las distintas fases del curso oncológico. Los modelos como Caring Guidance™ para peridiagnóstico y tratamiento⁽³⁶⁾, ACT⁽³⁷⁾ o CALM para enfermedad avanzada⁽³⁸⁾, así como las intervenciones focalizadas en el miedo a la recurrencia del cáncer^(39,40), dejan en evidencia la eficacia de este tipo de diseños. Del relevamiento realizado se observa que persisten cuestionamientos al rigor metodológico de las investigaciones, especialmente en cuanto a la heterogeneidad de las variables de resultado evaluadas y a la complejidad de la muestra (diversidad de tumores y estadificación, momento del curso oncológico, etc.).

El objetivo de este artículo es presentar evidencias de efectividad de la intervención MIPP en el peridiagnóstico de pacientes oncológicos para favorecer la adaptación a la enfermedad⁽¹⁴⁾. Se espera que la intervención MIPP produzca cambios positivos para la adaptación al peridiagnóstico observados en el descenso de AE, y una reformulación de la RE más realista y ajustada a las situaciones que atraviesa⁽²⁰⁾.

2. Método

Diseño y participantes

El estudio clínico realizado se basó en un diseño experimental multivariable y longitudinal, con asignación aleatoria a las condiciones de grupo control y de intervención⁽⁴¹⁾. La muestra incluyó pacientes asistidos en el Servicio de Oncología del Hospital Ramón Santamarina (Tandil, Argentina) entre Noviembre 2020 y Octubre 2022, que dieran su consentimiento para formar parte de la investigación y cumplieran los siguientes criterios para la participación en el estudio: a) criterios de inclusión: edad 18-75, primera consulta con oncólogo en la última semana, primera ocurrencia de cáncer, estadio I a III; b) criterios de exclusión: tener tumor cerebral y estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de la intervención.

De los 293 pacientes ingresados, 168 (57,3%) no cumplieron los criterios de inclusión. Se invitó a participar a 125 pacientes (42,7%). Los 50 pacientes restantes (40%) fueron asignados aleatoriamente 25 al grupo control y 25 al grupo intervención.

Los datos descriptivos de la composición de la muestra se presentan en la Tabla 1.

En relación a la edad, el rango de inicio en 18 años se estableció en función de los criterios de admisión de pacientes que tiene el Servicio de Oncología. La edad límite de 75 años se decidió contemplando la mortandad asociada al aumento del riesgo por cáncer y al deterioro cognitivo para poder cumplimentar la evaluación. La media de edad para el grupo intervención fue de 50,4 (DT=14,28; min-max: 22-74 años), en tanto que la media para el grupo control fue de 59,72 (DT=11,58; min-max: 29-73 años).

Tabla 1. Tabla de medias y frecuencias de la muestra (n = 50)

		Intervención (25)	Control (25)
Edad	X (DT)	50,4 (14,28)	59,72 (11,58)
	Rango (min-max)	22-74	29-73
		Fr (%)	Fr (%)
Ocupación	Desocupado	1 (4)	3 (12)
	Empleado	6 (24)	6 (24)
	Autónomo	9 (36)	5 (20)
	Ama de casa	6 (24)	-
	Jubilado	3 (12)	11 (44)
Estado Civil	Soltero	1 (4)	1 (4)
	En pareja	19 (76)	18 (72)
	Separado	3 (12)	4 (16)
	Viudo	2 (8)	2 (8)
Nivel Educativo	Primario	3 (12)	7 (28)
	Secundario	13 (52)	15 (60)
	Terciario/universitario	9 (36)	3 (12)
Tipo de tumor	Esófago	1 (4)	1 (4)
	Colon	4 (16)	2 (8)
	Recto/Año	3 (12)	-
	Páncreas	-	1 (4)
	Pulmón	1 (4)	2 (8)
	Peritoneo	1 (4)	-
	Riñón	-	1 (4)
	Mama	6 (24)	12 (48)
	Cuello de útero	2 (8)	1 (4)
	Ovario	4 (16)	1 (4)
	Testículo	1 (4)	1 (4)
	Vejiga	1 (4)	1 (4)
	Osteosarcoma	1 (4)	-
	Glándulas salivales	-	1 (4)
Amígdala	-	1 (4)	
Estadio	1	3 (12)	4 (16)
	2	10 (40)	8 (32)
	3	12 (48)	13 (52)
Intervalo biopsia Y entrevista Con psicooncólogo	Menos de 15 días	1 (4)	-
	Entre 15 y 30 días	1 (4)	3 (12)
	Entre 30 y 45 días	9 (36)	7 (28)
	Entre 45 y 60 días	6 (24)	7 (28)
	Más de 60 días	8 (32)	8 (32)

Procedimiento

En primer lugar, se capacitó al personal administrativo del Servicio de Oncología sobre las características de la investigación y los criterios de participación. Ellos fueron los encargados de asignar el turno para la entrevista con el psicooncólogo a aquellos pacientes que habían tenido primera consulta con oncólogo en los últimos siete días. La asignación aleatoria a los grupos se instrumentó siguiendo el orden correlativo del turno con psicooncólogo (impar: intervención; par: control). El investigador no tuvo ninguna injerencia en la asignación de turnos, desconociendo la identidad del paciente hasta la entrevista.

En el primer encuentro se describió la naturaleza del estudio y se firmó el consentimiento informado. Las técnicas psicométricas del protocolo de evaluación se administraron en dos momentos: el primer día (pre) y el día 30 (post). Se implementó el MIPP a los pacientes asignados al grupo de intervención durante un mes, en cuatro encuentros de frecuencia semanal. Los pacientes asignados al grupo control no recibieron ningún tipo de intervención en ese lapso de tiempo. Al finalizar la intervención MIPP, se ofreció a los pacientes del grupo control asistencia psicológica y fue aceptada por ocho de ellos.

Tanto para la elaboración del protocolo, el consentimiento y el manejo de los datos, se cumplió con los estándares dispuestos en la Declaración de Helsinki (1964) la Declaración de la UNESCO sobre Bioética, Derechos Humanos y el Régimen legal específico de la República Argentina (Ley Nacional de Salud Mental no. 26.657 y Ley Nacional de Derechos del Paciente no. 26.529). El cumplimiento de normas bioéticas fue aprobado y supervisado para su realización por el Comité de Ética del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética, en el ámbito de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico (MIPP)

Se trata de un modelo de intervención focal y breve que consiste en cuatro entrevistas de aproximadamente sesenta minutos de duración⁽¹⁴⁾. Siguiendo un diseño protocolizado, se trabaja sobre las características del peridiagnóstico, la AE, la RE y la autorregulación. La intervención promueve la internalización del locus de control sobre la respuesta emocional y el afrontamiento adaptativo. Otro aspecto central es la construcción de una RE funcional basada en la información aportada por el especialista, que facilite la elaboración de una representación más ajustada a la situación y con menor condicionamiento de las representaciones sociales del cáncer.

A continuación, se resumen los contenidos para cada uno de los encuentros.

Primer encuentro: se describen las características del peridiagnóstico y algunos de los síntomas fisiológicos, conductuales, emocionales y cognitivos asociados al estado de incertidumbre. Se introduce el concepto de AE como manifestación del esfuerzo autorregulatorio, característico de esta fase.

Segundo encuentro: Se insiste en los conceptos presentados en el primer encuentro (peridiagnóstico, autorregulación, AE, locus de control). Se describe la relación entre AE y el funcionamiento cognitivo, especialmente en la dificultad para incorporar nueva información. Se explora la RE de sentido común del paciente (con sus cinco elementos: identidad, consecuencias, control/cura, causa y tiempo) y las fuentes a partir de las que la construyó. Se describe la función autorregulatoria de la RE y el efecto, con frecuencia negativo, que tiene la RE de sentido común sobre su ajuste a la enfermedad.

Tercer encuentro: Se trabaja sobre la reestructuración cognitiva para modificar la RE de sentido común y dar lugar a la información que el paciente recibió de parte del oncólogo. Se busca así una comprensión más ajustada de la enfermedad. Se presenta el concepto de adaptación a la enfermedad como proceso activo de autorregulación.

Cuarto encuentro: Se incentiva que el paciente haga una síntesis de los aspectos trabajados (peridiagnóstico, autorregulación, AE, RE e internalización del locus de control sobre el estado anímico). Se compara la experiencia inicial con la posterior a la intervención con respecto a los aspectos abordados.

Protocolo de evaluación-Instrumentos

Se decidió reducir al mínimo necesario el protocolo de evaluación al contemplar criterios clínicos de contención y acompañamiento profesional a los pacientes, dada la vulnerabilidad psicológica percibida ante el diagnóstico oncológico reciente.

Se recopilaron datos sociodescriptivos de la muestra (edad, género, estado civil, trabajo, nivel educativo, tipo de tumor, estadio, intervalo entre biopsia y entrevista con psicooncólogo) en un instrumento diseñado *ad hoc*. para la descripción muestral.

Para valorar la AE se administró la versión en castellano de la Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21) que evalúa síntomas fisiológicos y psicológicos asociados a la activación del sistema nervioso autónomo simpático^(42,43). Incluye 21 reactivos con respuestas en una escala Likert de 4 puntos y brinda resultados de tres escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés. El instrumento presenta elevada consistencia interna ($\alpha = 0,96$) en correspondencia con la versión original⁽⁴⁴⁾.

Para la evaluación de la RE se administró el cuestionario Brief Illness Perception Questionnaire – Revised (BIPQ-R)⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. A través de 9 reactivos evalúa las dimensiones de la RE: identidad (ideas sobre la enfermedad, naturaleza, síntomas asociados), causa (ideas sobre lo que supone son las causas de su enfermedad), control/cura (percepción de la capacidad de curar o controlar la enfermedad), consecuencias (creencias sobre el impacto de la enfermedad en el funcionamiento físico, social y psicológico), tiempo (idea sobre la duración de su problema de salud). En el estudio de validación se informó una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0,79-0,89$) similares a los resultados aportados por el estudio de validación de la versión española^(46,47). Sobre los resultados de este instrumento, se adoptó la estructura factorial propuesta por Zhang y colaboradores para el análisis de la representación cognitiva de la enfermedad (en adelante RCE) y representación emocional de enfermedad (en adelante REE)⁽⁴⁸⁾. Para la RCE se consideraron 5 ítems (consecuencias, tiempo, control personal, control del tratamiento e identidad, $\alpha = 0,653$) y para la REE se incluyeron 2 ítems (preocupación e impacto emocional, $\alpha = 0,821$). Estos autores no tomaron en cuenta el ítem coherencia (porque consideran que evalúa metacognición) y el ítem causa (por sus propiedades psicométricas, dado que es una pregunta abierta).

Para la evaluación del ajuste a la enfermedad se administró la versión castellana de Vaillio et al., del Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (miniMAC)^(49,50). Se trata de un instrumento de 29 ítems, con respuestas de escala Likert de 4 puntos que evalúa el tipo de afrontamiento del paciente ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Cada escala evalúa un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico. Watson y et al.,⁽⁵⁰⁾ definen las dimensiones del miniMAC como: Desesperanza (la enfermedad vista como una pérdida y el pronóstico inevitablemente negativo; abandona la idea de control, por tanto asume un papel pasivo ante lo que vive); Preocupación Ansiosa (temor constante ante el cáncer y sentimientos de devastación, ansiedad, miedo y aprensión); Espíritu de Lucha (determinación de luchar ante la enfermedad y la adopción de una actitud optimista); Evitación cognitiva/negación (el paciente encuentra agobiante pensar en su enfermedad, por tanto sistemáticamente la minimiza o evita pensar en ella), y Fatalismo (se asocia a la experiencia extrema de la preocupación ansiosa y pérdida total de control). La consistencia interna de la versión en castellano alcanzó valores aceptables para su utilización en contextos de investigación $\alpha = 0,76$ ⁽⁴⁹⁾.

3. Análisis Estadístico

Dada la naturaleza del estudio y sus medidas, se aplicó estadística no paramétrica. Se realizaron análisis intergrupos (U de Mann-Whitney) e intragrupo (prueba de Wilcoxon). Se realizó la prueba *d* de Cohen para medir el tamaño del efecto y se calculó la potencia estadística, tanto para el análisis inter como intragrupo. El procesamiento de los datos se realizó con SPSS 23 y se utilizó GPower 3.1.9 para el cálculo de tamaño del efecto y potencia estadística.

4. Resultados

Los grupos resultaron homogéneos en las variables sociodescriptivas (edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de educación, tipo de tumor, estadio e intervalo entre biopsia y entrevista con psicooncólogo) y en las variables dependientes (AE, RE y Ajuste a la enfermedad). Se realizaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) y homocedasticidad (Lévene) que indicaron la adecuación de aplicar estadística no paramétrica para el análisis de los datos.

Análisis Intergrupos

En la tabla 2 se reportan resultados para la comparación intergrupos de las medidas pre y post.

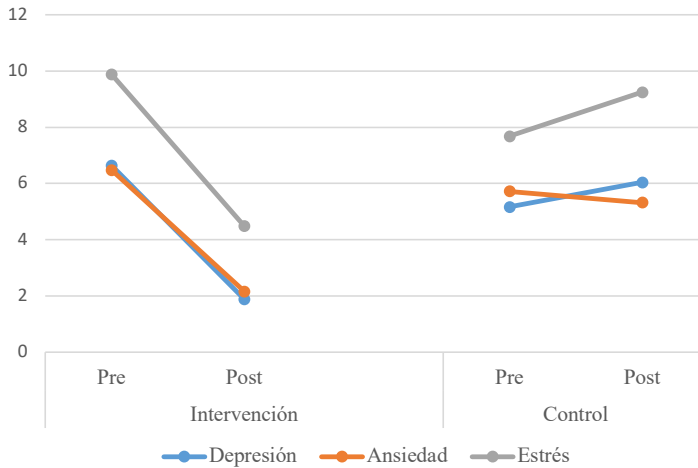
Tabla 2. Comparación pre-post entre grupos, tamaño del efecto y potencia estadística

Variables	Intervención (25)	Control (25)					
	Pre/Post X (DT)	Pre/Post X (DT)	Z	U	p	PE	TE
Depresión	6,64 (6,143) / 1,88 (2,223)	5,16 (6,902) / 6,04 (6,413)	-2,523	185,0	,012	,863	,900
Ansiedad	6,48 (6,063) / 2,16 (2,478)	5,72 (5,639) / 5,32 (5,329)	-2,287	196,0	,022	,729	,760
Stress	9,88 (5,600) / 4,48 (3,970)	7,68 (5,610) / 9,24 (6,030)	-2,879	165,0	,003	,883	,932
RCE	29,84 (8,240) / 24,48 (7,605)	29,88 (7,055) / 31,32 (8,087)	-2,856	165,5	,004	,838	,871
REE	14,72 (4,623) / 8,76 (4,621)	11,40 (7,153) / 12,84 (5,618)	-2,513	183,5	,012	,765	,793
Desesperanza	16,08 (4,573) / 13,92 (2,857)	16,08 (4,890) / 16,40 (3,547)	-2,759	171,5	,006	,740	,770
Preoc. Ansiosa	21,96 (5,078) / 19,28 (3,770)	21,08 (5,787) / 22,40 (4,610)	-2,730	172,50	,006	,700	,740
Esp. de Lucha	11,92 (2,159) / 12,36 (1,705)	12,00 (2,483) / 11,80 (1,500)	-0,945	265,5	,345	,323	,348
Evit. Cognitiva	11,04 (2,541) / 10,20 (2,598)	10,64 (2,596) / 10,76 (2,505)	-0,798	272,0	,425	,184	,219
Fatalismo	14,68 (2,376) / 14,04 (1,989)	14,36 (2,343) / 14,40 (2,217)	-0,481	288,0	,631	,080	,170

Nota: X (media); DT (desvío estándar); Z (puntaje z); U (puntaje U de Mann-Withney); p (pvalor, significativo <,05); PE (potencia estadística, significativo \geq ,80); TE (Tamaño del efecto pequeño $d \geq$ 0,2, medio $d \geq$ 0,5, grande $d \geq$ 0,8); RCE (representación cognitiva de la enfermedad); REE (representación emocional de la enfermedad).

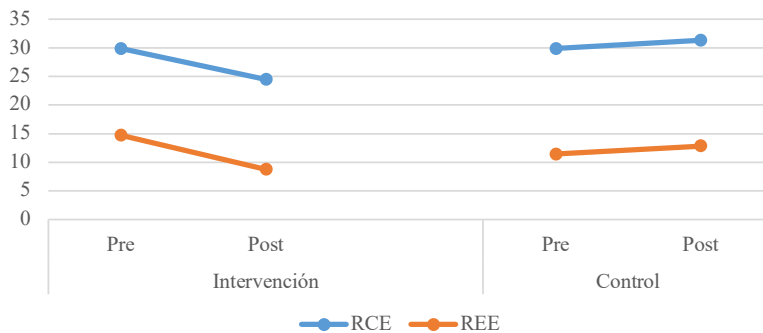
Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre-post intervención para las escalas AE. El tamaño del efecto fue grande para las puntuaciones de Depresión y Estrés, y medio para la escala Ansiedad. Estos resultados aportan evidencia sobre la capacidad de la intervención para modificar positivamente la percepción del paciente de su estado de AE, esto es, la frecuencia e intensidad de los síntomas físicos y psicológicos asociados al malestar emocional (ver Figura 1).

Figura 1. Comparación intergrupos Activación Emocional (AE).



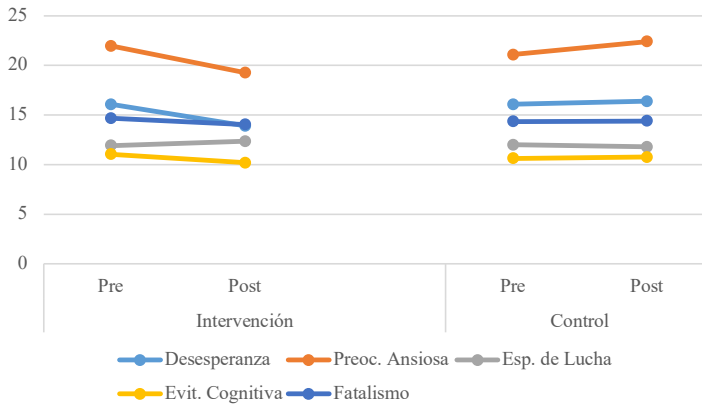
Se hallaron diferencias con significación estadística y tamaño del efecto grande para las mediciones pre-post intervención de las dos escalas que conforman la valoración de la RE del paciente. Las puntuaciones elevadas en las escalas RCE y REE reflejan una comprensión del cáncer como enfermedad predominantemente asociada a la muerte y el sufrimiento^(51,52), lo que Leventhal identificó como comprensión de sentido común^(26,28). Estos datos aportan evidencia sobre la aplicabilidad y adecuación del MIPP para favorecer la modificación de la RE de sentido común, adoptando una RE más ajustada a la propia enfermedad (ver Figura 2).

Figura 2. Comparación Intergrupos representación cognitiva (RCE) y representación emocional de enfermedad (REE).



En las escalas que evalúan el ajuste a la enfermedad se encontraron diferencias significativas y un tamaño del efecto medio en Desesperanza y Preocupación Ansiosa. La intervención se asocia con una modificación en la actitud derrotista que evalúa la escala Desesperanza (sensación de pérdida de control, visión pesimista del pronóstico y sentimientos de tristeza y culpa) y en el estado de incertidumbre reflejado en la escala Preocupación Ansiosa (hipervigilancia somática y búsqueda de información ante el desconocimiento de la progresión de la enfermedad, con un sesgo interpretativo negativo). Las dimensiones de Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva y Fatalismo no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos (ver Figura 3).

Figura 3. Comparación intergrupos Ajuste a la Enfermedad.



Análisis Intragrupo: Intervención

Las diferencias pre y post intervención para las medidas de AE resultaron estadísticamente significativas. El tamaño del efecto fue medio para Depresión y Ansiedad y grande para Estrés. En relación a la RE, se observó significación estadística para la RCE y REE, con tamaño del efecto medio y grande respectivamente. Finalmente, respecto al miniMAC en cuanto al modo de afrontar la enfermedad hubo diferencias estadísticamente significativas en Desesperanza y Preocupación Ansiosa, con tamaño del efecto medio. Se informan los resultados del impacto de la intervención en la Tabla 3.

Tabla 3. Diferencias pre-post, potencia estadística y tamaño del efecto intra grupo intervención

Variables	X (DT) Pre	X (DT) Post	Z	p	PE	TE
Depresión	6,64 (6,143)	1,88 (2,223)	3,676	<,001	,961	0,777
Ansiedad	6,48 (6,063)	2,16 (2,478)	3,309	,001	,946	0,764
Stress	9,88 (5,600)	4,48 (3,970)	4,118	<,001	,999	1,196
RCE	29,84 (8,240)	24,48 (7,605)	3,003	,003	,940	0,753
REE	14,72 (4,623)	8,76 (4,621)	3,791	<,001	,999	1,137
Desesperanza	16,08 (4,573)	13,92 (2,857)	2,579	,045	,788	0,590
Preoc. Ansiosa	21,96 (5,078)	19,28 (3,770)	3,246	,001	,922	0,723
Esp. de Lucha	11,92 (2,159)	12,36 (1,705)	0,975	,330	,169	0,213
Evit. Cognitiva	11,04 (2,541)	10,20 (2,598)	1,163	,245	,169	0,251
Fatalismo	14,68 (2,376)	14,04 (1,989)	1,104	,270	,276	0,291

Nota: X (media); DT (desvío estándar); Z (puntaje z); U (puntaje U de Mann-Withney); p (p,valor, significativo <,05); PE (potencia estadística, significativo \geq ,80); TE (Tamaño del efecto pequeño $d \geq$ 0,2, medio $d \geq$ 0,5, grande $d \geq$ 0,8); RCE (representación cognitiva de la enfermedad); REE (representación emocional de la enfermedad).

Análisis intragrupo: Control

Se observa un aumento significativo pre-post para la escala Estrés y con tendencia similar en las escalas Depresión, RCE, REE y Preocupación Ansiosa. Los resultados del análisis intragrupo control se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Diferencias pre-post, potencia estadística y tamaño del efecto intra grupo control.

Variables	<i>X (DT) Pre</i>	<i>X (DT) Post</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>PE</i>	<i>TE</i>
Depresión	5,16 (6,902)	6,04 (6,413)	-1,550	,121	,364	-0,33
Ansiedad	5,72 (5,639)	5,32 (5,329)	-0,580	,562	,090	-0,12
Stress	7,68 (5,610)	9,24 (6,03)	-2,351	,019	,661	-0,49
RCE	29,88 (7,055)	31,32 (8,087)	-1,114	,265	,226	-0,25
REE	11,40 (7,153)	12,84 (5,618)	-1,028	,304	,215	-0,24
Desesperanza	16,08 (4,890)	16,40 (3,547)	-0,717	,473	,074	-0,09
Preoc. Ansiosa	21,08 (5,787)	22,40 (4,610)	-1,859	,063	,358	-0,33
Esp. de Lucha	12,00 (2,483)	11,80 (1,500)	-0,575	,565	,160	0,21
Evit. Cognitiva	10,64 (2,596)	10,76 (2,505)	-0,358	,720	,059	-0,06
Fatalismo	14,36 (2,343)	14,40 (2,217)	-0,216	,829	,054	-0,04

Nota: X (media); DT (desvío estándar); Z (puntaje z); U (puntaje U de Mann-Withney); p (p,valor, significativo <,05); PE (potencia estadística, significativo \geq ,80); TE (Tamaño del efecto pequeño $d \geq$ 0,2, medio $d \geq$ 0,5, grande $d \geq$ 0,8); RCE (representación cognitiva de la enfermedad); REE (representación emocional de la enfermedad).

Al analizar la evolución del grupo que no tuvo intervenciones terapéuticas, se observa cómo la AE y la RE se mantienen en niveles similares.

5. Discusión

El objetivo de este trabajo fue presentar resultados preliminares de la aplicación del Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico (MIPP), diseñado de acuerdo a las características del período del curso oncológico que se extiende desde la realización de estudios exploratorios para el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento oncológico. La intervención tuvo por objetivo mejorar la capacidad autorregulatoria del paciente para afrontar la enfermedad. Los resultados aportan evidencia de cambios positivos asociados a la implementación del MIPP en las dos variables centrales para la adaptación al cáncer: activación emocional (AE) y representación de enfermedad (RE). Comparativamente, en el grupo intervención se registró una mejoría significativa en el nivel de AE y en las medidas de las dos escalas que conforman la RE. En la literatura, la disminución de la AE se asocia con una mejora significativa en la calidad de vida del paciente^(29,30), así como también complementa la valoración de los cambios en la RE, lo que indica una menor influencia de la RE de sentido común^(20,28). Una menor AE se relaciona con una RE más ajustada a su situación: más efectiva para explicar su experiencia de la enfermedad y predecir con mayor precisión las circunstancias que enfrenta, de modo que pueda instrumentar los recursos necesarios para afrontar los desafíos de esta fase oncológica^(18,20).

Distintos estudios han aportado evidencia sobre el impacto de las intervenciones psicooncológicas en variables como ansiedad o estrés^(5,33). Trabajos recientes⁽³⁵⁻³⁷⁾ muestran una tendencia positiva que podría asociarse con la mayor especificidad en el diseño de los modelos de intervención y la incorporación de un componente psicoeducativo más apropiado^(36,53,54). La precisión de la información con la que cuenta el paciente en el peridiagnóstico no se deriva exclusivamente de la capacidad comunicacional del médico; también el estado de intensa AE se convierte en un obstáculo para la incorporación de nueva información⁽¹⁷⁾. Este punto es de vital importancia, puesto que relacionaría el nivel de malestar psicológico con la calidad de información que el paciente tiene sobre su situación, esto es, su capacidad de dar sentido a su experiencia cotidiana y predecir eficientemente las situaciones que afronta^(18,20).

Por otra parte, los trabajos reseñados por Zhang et al.,⁽³⁵⁾ muestran también el aumento de modelos basados en la virtualidad (intervenciones basadas en recursos tecnológicos como videollamadas, páginas web, aplicaciones) y la tendencia a formatos breves, que no superen las 15

sesiones. Respecto a la virtualidad, es un campo todavía no explorado en la implementación del MIPP y podría ser una dirección de investigación futura. En el caso del MIPP, su extensión de cuatro sesiones fue contemplado como parte del diseño del programa, siguiendo la tendencia actual de tratamientos breves y focalizados en contextos naturales de asistencia, algo que busca dar respuesta con intervenciones eficientes en el sistema sanitario a la desproporción inculcable entre la demanda de atención y las limitaciones de recursos. Para desarrollarlo, fue necesario delimitar un período de tiempo clave de la enfermedad como es el peridiagnóstico, reconocer sus características fundamentales, establecer contenidos básicos y organizar una secuencia para su implementación, a partir de la lógica autorregulatoria. Basado en la comprensión del curso oncológico segmentado en etapas con características específicas, la especificidad de la intervención y su objetivo de favorecer la adaptación del paciente al momento peridiagnóstico hace necesario evaluar su eficacia en dicho período temporal. Podrá ser objeto de estudios futuros investigar el impacto de la intervención en el peridiagnóstico sobre el curso y evolución de la enfermedad en etapas siguientes.

El diseño del programa contempló principios clínicos generales aplicables a todo paciente que recibiera atención en el servicio de oncología hospitalario en su fase diagnóstica. Esta decisión definió los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. Sin embargo, al no considerar como requisito altas puntuaciones en las medidas de AE, se asumió la posibilidad de un sesgo muestral. Linden y Gargis⁽⁶⁵⁾ describen el “efecto suelo” como aquel en el que un determinado resultado puede estar condicionado por casos que no tengan puntuaciones elevadas en las medidas que se quiere estudiar (estrés, ansiedad, etc.). No tenerlo en cuenta, puede producir una subestimación del alcance terapéutico de la intervención, al incluirse en la muestra pacientes que no están afectados en las variables objeto de la intervención. Los autores informan que, si se ajustan los resultados corrigiendo el efecto suelo, el tamaño del efecto de la intervención podría ser casi tres veces superior al reportado⁽⁶⁵⁾.

Los resultados del MIPP en términos de su eficacia resultan promisorios si bien son preliminares, hasta el momento. Se destaca el valor de realizar este estudio en condiciones naturales de asistencia, lo que le aporta validez ecológica, aunque asume ciertas limitaciones propias de este tipo de investigaciones que sería importante tener en cuenta para futuros estudios. Por un lado, si bien la potencia estadística resulta suficiente, contar con un tamaño mayor de la muestra permitiría realizar otro tipo de análisis sobre las variables psicosociales y clínicas. También aumentar la participación de otros terapeutas que implementen el MIPP es una tarea pendiente para evaluar el efecto de la variable terapeuta sobre la intervención y sus resultados.

6. Conclusiones

Este estudio clínico, en contextos naturales de asistencia, pone en evidencia la efectividad del MIPP y su relevancia clínica para mejorar la adaptación a la enfermedad, evaluada en función de la activación emocional y la construcción de una representación de enfermedad adecuada, en la primera fase del curso oncológico con pacientes adultos.

7. Referencias bibliográficas

1. Juster R, McEwen B, Lupien S. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition *Neurosci and Biobehav Rev* 2010; 2-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002>.
2. Lupien S, McEwen B, Gunnar M, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition *Nat Rev Neurosci* 2009; 434-45. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2639>.
3. Arnaldo I, Corcoran A, Friston K, Ramstead M. Stress and its sequelae: An active inference account of the etiological pathway from allostatic overload to depression. *Neurosci and Biohav Rev* 2022; 135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104590>.
4. Sterling, P. Homeostasis vs Allostasis: Implications for brain function and mental disorders. *JAMA Psychol* 2014; 1192-3. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1043>

5. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell C, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Db of Syst Rev* 2016. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007064.pub2>.
6. Grassi L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 29:e89. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796019000829>
7. Ilce H, Vargol S, Halis H, Yazici E. Psychiatric symptoms in oncological patients at nuclear medicine department. *Maced J Med Sci* 2022;10(A):734-9. <http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2022.8832>.
8. Choi JW, Park EC, Kim TH, Han E. Mental disorders and suicide risk among cancer patients: A nationwide cohort study. *Arch Suicide Res* 2020; 26:44-55. <http://dx.doi.org/10.1080/1381118.2020.1779156>
9. Zeilinger E, Oppenauer C, Knefel M, Kantor V, Schneckenreiter C, Lubowitzki S, et al. Prevalence of anxiety and depression in people with difference types of cancer or haematologic malignancies: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022; 31:e74. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796022000592>
10. Lu D, Andersson T, Fall K, Hultman C, Czene K, Valdimarsdóttir U, Fang F. Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncol* 2016; 2:1188-96 <http://dx.doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.0483>
11. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender and age. *J Affect Disord* 2012;141:343-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>.
12. Alonso Fernández C, Bastos Flores A. Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer. *Rev Clin Contemp* 2011; 2: 187-207. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a613>.
13. Kangas M, Gross J. The affect regulation in cancer framework: understanding affective responding across the cancer trajectory. *J Health Psychol* 2017; 25:7-25. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105317748468>
14. Demateis M, Llull D, Castañeiras C. Diseño de un modelo de intervención psicooncológica para el peridiagnóstico: Estudio piloto en adultos. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2024; 29:83-92. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.37453>.
15. Song H, Fang F, Vadlimarsdóttir U, Lu D, Andersson T, Hultman C, et al. Waiting time for cancer treatment and mental health among patients with newly diagnosed esophageal or gastric cancer: a nationwide cohort study. *BMC Cancer* 2017;17:2. <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-016-3013-7>
16. Wright L, Afari N, Zautra A. The illness uncertainty Concept: A Review. *Curr Pain Headache Rep* 2009; 13:133-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-009-0023-z>
17. Nguyen M, Smets E, Bol N, Bronner M, Tytgat K, van Weert J. Fear and forget: how anxiety impacts information recall in newly diagnosed cancer patients visiting a fast-track clinic. *Acta Oncol* 2019; 58:182-8. <http://dx.doi.org/10.1080/0284186X.2018.1512156>
18. Peters A, McEwen B, Friston K. Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Prog Neurobiol* 2017; 156:164-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pneurobio.2017.05.004>.
19. Konsman JP. So many faces, phases, and facets, sickness behavior beyond disciplines. *Front Psych* 2021; 12:630331. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.630331>.
20. Brennan, J. Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psicooncology* 2001; 10:1-18. [http://dx.doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T](http://dx.doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T).
21. Feldman Barret L, Quigley K, Hamilton P. An active inference theory of allostasis and interoception in depression. *Phil Trans R Soc B* 2016; 371(1708):20160011. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2016.0011>.
22. Siegel E, SanDT M, Van den Noorgate W, Condon P, Chang Y, Dy J, et al. Emotion fingerprints or emotion populations? A meta-analytic investigation of autonomic features of emotion categories. *Psycho Bull* 2018;4:343-93. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000128>.

23. Quigley K, Kanoski S, Grill W, Feldman Barret L, Tsakiris M. Functions of interoception: from energy regulation to experience of the self. *Trends Neurosci* 2021;44:29-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2020.09.008>.
24. Feldman Barret L. Solving the emotion paradox: categorization and the experience of emotion. *Pers Soc Psy Rev* 2006;10:20-43. http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_2
25. Etkin, A, Büchel, C, Gross, J. The neural bases of emotion regulation. *Nature Rev* 2015; 16:693-700. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn4044>.
26. Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representations and coping with health threats. En: Baum, A, editor. *Handbook of psychology and health*. New Jersey: Erlbaum. 1984, vol IV.p. 219-252.
27. Leventhal H, Brissette I, Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. En: Leventhal H, Cameron L, editors. *The self-regulation of health and illness behavior*. London and New York: Routledge, 2003.p. 42-65.
28. Baumann L, Cameron L, Zimmerman R, Leventhal H. Illness representation and matching label with symptoms. *Health Psychol* 1989;8:449-69. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.8.4.449>
29. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000; 11-9. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(200001/02\)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200001/02)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z)
30. Barroilhet Diez S, Forjaz M, Garrido Landivar E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr* 2005: 33:390-7.
31. Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Boncompagni I, Casagrande M. The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Med* 2020; 9:2-26. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9010209>
32. Massone A, Llull D. Análisis y eficacia de las intervenciones psicosociales en oncología. *Rev Psicol Iztacala* 2015. [Acceso 1 de julio de 2024]. Disponible en: www.iztacala.unam.mx/psicologia/psiclin.
33. Temple J, Salmon P, Tudur-Smith C, Huntley C, Byrne A, Fisher P. The questionable efficacy of manualized psychological treatments for distressed breast cancer patients: an individual patient data meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101883>.
34. Hernández-Marín J, Galindo-Vázquez O, Calderillo-Ruiz G, Montero-Pardo X, Costas-Muñiz R, Ortega-Andeane P. Efecto de intervenciones psicológicas sobre variables psicosociales en pacientes con cáncer colorrectal: una revisión narrativa de la literatura. *Psicooncología* 2022; 299-318. <http://dx.doi.org/10.5209/psic.84042>.
35. Zhang L, Liu X, Tong F, Zou R, Peng W, Yang H, et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in cancer survivors: A meta-analysis. *Sci Rep* 2022;12:21466. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-25068-7>.
36. Lally R, Kupzyk K, Bellavia G, Hydeman J, Gallo S, Helgeson V, al. CaringGuidance™ after breast cancer diagnosis eHealth psychoeducational intervention to reduce early post-diagnosis distress. *Support Care Cancer* 2020; 28: 2163-74. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-05028-0>.
37. Arch J, Mitche J, Schmiede S, Levin M, Genung S, Nealis M, et al. A randomized controlled trial of a multi-modal palliative care intervention to promote advance care planning and psychological well-being among adults with advanced cancer: study protocol. *BMC Palliative Care* 2022; 21:198. <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-022-01087-z>.
38. Miyamoto S, Yamazaki T, Shimizu K, Matsubara T, Kage H, et al. Brief, manualised and semistructured individual psychotherapy programme for patients with advanced cancer in Japan: study protocol for Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) phase 2 trial. *BMJ Open* 2022 12:e056136. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056136>.
39. Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, Hatcher MI. Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology* 1997; 6:95-105. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B)

40. Tauber N, O'Toole M, Dinkel A, Galicia J, Humphris G, Lebel S, et al. Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2019; 37:2899-915. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.19.00572>.
41. Nuñez Peña M, Bono Cabré R. Diposit Digital de la Universitat de Barcelona. [Acceso el 5 de Junio 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/164539>
42. Daza P, Novy D, Stanley M, Averill P. The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. *J Psychopathol Behav* 2002; 195-205. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016014818163>
43. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema* 2005; 679-683. [Acceso el 5 de Junio 2024]. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8331>
44. Tully PJ, Zajac IT, Venning, AJ. The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *J Abnorm Child Psych* 2009; 717-26. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-009-9306-4>
45. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17:1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440290001494>
46. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie K. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychol Health* 2015; 1361-85. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
47. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol E, Cabezas C, Núñez M, Roura P, et al. Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Aten Primaria* 2012; 44:280-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>.
48. Zhang N, Fielding R, Soong I, Chan K, Lee C, Ng A, et al. Psychometric assessment of the chinese version of the brief illness perception questionnaire in breast cancer survivors. *Plos One* 2017; 12:e0174093. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0174093>
49. Vaillo A, Murgui S, López P, Retes R. Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: Construct validation in Spanish breast cancer patients. *J Psychosom Res* 2018; 38-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.004>
50. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18: 203-9. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700002026>.
51. Pocinho M, Matos F, Amaral A. Comparative study on the social representations of cancer and breast cancer. *Eur J Public Health* 2021;31, Suppl 2. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckab120.085>
52. Castaño Rodríguez A, Palacios-Espinosa X. Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología* 2013;10:79-93. http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41949
53. Setyowibowo H, Yudiana W, Hunfeld J, Iskandarsyah A, Passchier J, Arzomand H, et al. Psychoeducation for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Breast* 2022; 62: 36-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2022.01.005>.
54. Paduraru A, Soponaru C. Implications of cognitive-behavioural therapy in changing illness representations. *J Intercultural Manag Ethics* 2021;1: 2-13. <http://dx.doi.org/10.35478/jime.2021.1.04>
55. Linden W, Gergis A. Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psychooncology* 2012;21:343-50. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.2035>