

# RESPUESTA COGNITIVA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO DURANTE EL PRIMER AÑO DE DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER

## COGNITIVE RESPONSE AND POSTTRAUMATIC GROWTH DURING THE FIRST YEAR AFTER THE CANCER DIAGNOSIS

Gema Costa y Francisco L. Gil

Unidad de Psico-Oncología. Hospital Duran i Reynals.

### Resumen

**Objetivo:** Describir la relación entre crecimiento postraumático y respuesta cognitiva durante el primer año tras el diagnóstico del cáncer.

**Método:** A una muestra de pacientes oncológicos ambulatorios (N= 131), administramos la adaptación española del cuestionario Mental Adjustment to Cancer (MAC) y el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI). Valoramos las puntuaciones en 4 momentos: los 3 primeros meses tras el diagnóstico del cáncer; de 3 a 6 meses tras el diagnóstico; de 6 a 12 meses; más de 12 meses después del diagnóstico.

Realizamos un análisis de regresión lineal en diferentes momentos desde el diagnóstico. Las variables predictoras son los estilos de afrontamiento y la variable dependiente las puntuaciones en crecimiento postraumático.

**Resultado:** En la muestra la mediana de edad es de 48 años, alrededor del 43% son hombres. Durante los 3 primeros meses después del diagnóstico, puntuaciones negativas en Ansiedad ( $\beta = -3,43$ ;  $T = -2,88$ ;  $p < 0,01$ ) y positivas en Aceptación de la Enfermedad ( $\beta = 3,76$ ;  $T = 2,69$ ;  $p < 0,05$ ) predicen significativamente crecimiento postraumático posterior, la respuesta cognitiva de Indefensión tienden a relacionarse con crecimiento postraumático aunque la predicción no es significativa ( $\beta = 1,69$ ;  $T = 1,89$ ;  $p = 0,07$ ). De 6 a 12 meses después del diagnóstico, puntuaciones elevadas en Resignación se relacionan con crecimiento postraumático posterior ( $\beta = 1,75$ ;  $T = 2,04$ ;

### Abstract

**Objective:** The purpose of this study is to describe the relation between posttraumatic growth and cognitive response during the first year after the cancer diagnosis.

**Methods:** A sample of cancer outpatients (N= 131), completed the Spanish version of Mental adjustment to Cancer (MAC) and the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI). In this study we assessed these values during 4 times: first time during the 3 month period after the cancer diagnosis; the second time between 3 to 6 months period after the diagnosis; the third time between 6 to 12 months period; and finally the last time 12 months after the diagnosis.

Lineal regression analysis was calculated at different times after the diagnosis. The predictor variable was coping styles and the scores at posttraumatic growth were dependent variable.

**Results:** In the sample the median age was 48 years, from which around 43% were males. In the first 3 months period after the diagnosis, we obtained negative scores in Anxiety ( $\beta = -3.43$ ;  $T = -2.88$ ;  $p < 0.01$ ) and positive values in Acceptance Illness ( $\beta = 3.76$ ;  $T = 2.69$ ;  $p < 0.05$ ). These results predicted a significantly later posttraumatic growth. The cognitive response of Hopeless have a tendency towards to be associated with posttraumatic growth but the prediction is not significant ( $\beta = 1.69$ ;  $T = 1.89$ ;  $p = 0.07$ ). In the period between 6 to 12 months after the diagnosis, higher scores in Resignation were related with later posttraumatic growth

### Correspondencia:

Gema Costa  
Gran Via s/n, Km 2,7  
08907 - L'Hospitalet - Barcelona  
e-mail: gcosta@ico.scs.es

### Agradecimientos:

Este estudio forma parte del proyecto que lleva por título Adaptación Psicológica y Morbilidad Psiquiátrica en Pacientes con Cáncer financiado por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (Nº Proyecto: 102/19/2004). Agradecemos la colaboración de los pacientes que han participado en el proyecto. Este trabajo fue presentado en el III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicooncología.

$p=0,05$ ). No aparecen resultados significativos en los períodos de 3 a 6, ni el de más de 12 meses después del diagnóstico.

**Conclusiones:** En distintos momentos desde el diagnóstico del cáncer, diferentes tipos de respuesta cognitiva ayudan a predecir el crecimiento postraumático posterior.

**Palabras clave:** Crecimiento postraumático, cáncer, respuesta cognitiva, tiempo desde el diagnóstico.

( $\beta= 1.75$ ;  $T= 2.04$ ;  $p=0.05$ ). There were no additional significant results, nor for the 3 to 6 months period, neither for the 12 months period after the diagnosis.

**Conclusions:** At different time since cancer diagnosis the later posttraumatic growth was predicted by different cognitive response.

**Key words:** Posttraumatic growth, cancer, cognitive response, time since diagnosis.

*“En razón de su autotranscendencia,  
el hombre es una esencia en busca de sentido”.*  
V. Frankl (1977)<sup>(7)</sup>.

## INTRODUCCIÓN

Ante circunstancias altamente aversivas e inmodificables, como el diagnóstico de un cáncer, el ser humano es capaz de generar una respuesta de crecimiento o maduración personal, que no niega la vivencia del sufrimiento, o las adversidades que siguen al diagnóstico del cáncer, sino que lo intentan integrar dando un significado y sentido a su aparición.

Varios términos han sido utilizados para denominar la percepción de cambio en sentido positivo tras un acontecimiento traumático: beneficio percibido (*benefit finding*)<sup>(2)</sup>, crecimiento postraumático (*posttraumatic growth*)<sup>(3)</sup> o crecimiento relacionado con el estrés (*stress-related growth*)<sup>(4)</sup>.

Tedeschi y Calhoun<sup>(3)</sup> describen un modelo que explica el proceso de crecimiento postraumático y la identificación de los factores implicados. Un evento traumático induce una crisis existen-

cial que desencadena un proceso de “rumiación constructiva”, asociado a la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad. Es un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que ayuda a encontrar una explicación a lo ocurrido<sup>(5)</sup>. La respuesta de crecimiento puede ser entendida como el resultado del proceso de atribuir significado a un evento estresante<sup>(6)</sup>.

Los beneficios percibidos tras un evento traumático, están referidos a los cambios en la percepción de uno mismo, la relación con los demás y filosofía de la vida, estos cambios surgen de los esfuerzos para afrontar el evento traumático<sup>(7)</sup>.

Tanto el procesamiento cognitivo como el estilo de afrontamiento contribuyen a la ocurrencia del crecimiento asociado a experiencias estresantes<sup>(4)</sup>, aunque también deben ser considerados las aportaciones de otros factores como rasgos de personalidad o aspectos socio-culturales<sup>(5)</sup>.

Varios estudios con pacientes oncológicos señalan que las puntuaciones en crecimiento postraumático son significativamente más elevadas en mujeres con cáncer de mama, que en una

\* El concepto de trauma, hace referencia a las circunstancias que desafían o invalidan las presunciones básicas que la persona tiene frente al mundo y que constituyen sus referentes de seguridad. Supone una rotura del discurso narrativo de su vida, hay “un antes y un después” del acontecimiento traumático<sup>(5)</sup>.

muestra de mujeres sin la enfermedad oncológica<sup>(8,9)</sup>. Asociado al estadio del tumor, la percepción de amenaza ante el diagnóstico del cáncer o incertidumbre sobre el pronóstico, se ha relacionado con valores elevados en crecimiento postraumático<sup>(10)</sup>.

Otros estudios también señalan a la actividad cognitiva y apoyo social percibido como favorecedores del crecimiento postraumático<sup>(9,11-16)</sup>. La presencia de ideas intrusivas y pensamientos evitativos sobre el evento estresante aparecen relacionados con el beneficio percibido o crecimiento si son inmediatas al evento estresante, y no se prolongan en largos períodos de tiempo<sup>(15,17,18)</sup>. En pacientes con cáncer de próstata esta relación se muestra en el momento de la precirugía, un año después de la cirugía una reevaluación positiva de la enfermedad se relaciona con mayores puntuaciones en crecimiento postraumático<sup>(13)</sup>. Un estilo activo de afrontamiento, como la respuesta de búsqueda de información o espíritu de lucha, favorece la búsqueda de significado ante el diagnóstico del cáncer<sup>(9,19,20)</sup>. La reevaluación positiva de la enfermedad, negación y aceptación también se han relacionado con mayor beneficio percibido<sup>(18)</sup>.

El tiempo desde que acontece el evento traumático, por sí solo, no se relaciona con el beneficio percibido<sup>(3,18)</sup>. En pacientes con cáncer de mama, la percepción de crecimiento postraumático correlaciona en sentido positivo con el tiempo desde el diagnóstico<sup>(8)</sup> y agresividad del tratamiento recibido<sup>(14)</sup>. Aunque en otros estudios no aparece relación entre tiempo desde el diagnóstico y beneficio percibido<sup>(10, 19)</sup>.

El objetivo de este estudio es valorar la contribución o efecto del tipo de respuesta cognitiva ante el diagnóstico del cáncer sobre el crecimiento postraumático, durante el primer año tras el diagnóstico del tumor.

## MÉTODO

### Muestra

Este estudio se realizó en el hospital Duran y Reynals (Barcelona), perteneciente al Instituto Catalán de Oncología, durante los meses de abril del 2006 a enero del 2007. Se extrae aleatoriamente una muestra de pacientes oncológicos ambulatorios, que acuden a hospital de día para recibir tratamiento de quimioterapia, o son visitados en las unidades funcionales de consultas externas. Tras explicarles los objetivos del estudio, se les ofreció participar en él, los pacientes que accedieron firmaron la hoja de consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital. Los criterios de inclusión fueron, pacientes ambulatorios con diagnóstico de enfermedad oncológica, y con una edad comprendida entre los 18 a 80 años. Asimismo, los criterios de exclusión fueron presencia de trastorno psicótico, una capacidad funcional menor del 40%, según *Karnofsky Performance Status*<sup>(21)</sup>, y la detección de deterioro cognitivo clínicamente significativo. Se realiza una entrevista de evaluación donde se recogieron datos sociodemográficos del paciente (edad, sexo, estado civil, profesión, nivel educativo) y datos médicos (antecedentes psiquiátricos del paciente, antecedentes oncológicos familiares, fallecimiento de familiares por la enfermedad oncológica, diagnóstico clínico actual, estadio y tratamiento oncológico recibido). Los datos sociodemográficos y médicos son contrastados con la historia clínica de cada paciente. Después de la entrevista se administran la escala *Mental Adjustment to Cancer* (MAC)<sup>(22)</sup> y el *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI)<sup>(3)</sup>, para que el paciente los cumplimente.

## Material

El Inventario de Crecimiento postraumático (PTGI)<sup>(3)</sup>, es un cuestionario, originalmente formado por 21 ítems que evalúa la percepción de beneficios personales en supervivientes de un acontecimiento traumático. El formato de respuesta es de tipo likert con seis categorías de respuesta, en un rango de puntuación de 0 (no cambio) a 5 (muy alto grado de cambio) en sentido positivo, a más puntuación mayor cambio percibido. El inventario de crecimiento postraumático está constituido por cinco dimensiones<sup>(3)</sup>: Factor 1, denominado *Relación con los demás* ( $\alpha = 0,85$ ), este factor evalúa el hecho de que la persona se sienta más unida y cercana a los demás ante las dificultades, incrementa el sentido de compasión hacia los que sufren, y haya una voluntad para dejarse ayudar y utilizar el apoyo social que antes había ignorado. Factor 2, denominado *Nuevas Posibilidades* ( $\alpha = 0,84$ ), referido a un cambio en los intereses o actividades, algunas personas incluso emprenden nuevos proyectos vitales (ej, voluntariado). Factor 3, *Fuerza Personal* ( $\alpha = 0,72$ ), este factor evalúa en qué medida la persona siente que ha sobrevivido a lo peor, confirmando con ello su fortaleza, se siente segura de sí misma y capacitada para superar dificultades, se resume con la expresión *soy más vulnerable de lo que pensaba, pero más fuerte de lo que imaginaba*. Factor 4, denominado *Cambio Espiritual* ( $\alpha = 0,85$ ) agrupa la búsqueda de sentido espiritual de las cosas, búsqueda de significado a la vida y planteamientos existenciales de la persona. Finalmente el factor 5 *Apreciación por la Vida* ( $\alpha = 0,67$ ), supone una actitud más relajada ante la vida, cambio en el estilo de vida (ej, hábitos saludables) o cambio en las prioridades vitales (ej, valorar pequeñas cosas). La versión es-

pañola del cuestionario fue validada en población latina inmigrante<sup>(23)</sup> y ha sido adaptada a pacientes oncológicos<sup>(24)</sup>, con una estructura monofactorial ( $\alpha = 0,95$ ) formada por 12 ítems que agrupan las dimensiones propuestas por los autores del cuestionario de *fuerza personal*, (excepto el ítem “me siento más autosuficiente”) y la dimensión *relación con los demás*, (excepto el ítem “siento mayor compasión por los demás”), además incluye un ítem de la dimensión *apreciación por la vida* (“siento mayor apreciación por cada día de vida”) y dos ítems de la dimensión *nuevas posibilidades*, referidos a la percepción de un cambio vital (“estoy más capacitado/a para mejorar mi vida; “tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan cambios”).

La escala MAC<sup>(22)</sup>, es un cuestionario auto-administrado formado originalmente por 40 ítems, que permite evaluar con una serie de respuestas cognitivas previamente definidas, el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica. Cada ítem tiene dos opciones de respuesta (falso-verdadero), con un criterio de intensidad dentro de cada opción (creo-seguro). Se obtiene una graduación de la respuesta de 1 a 4 (1 “seguro que es falso”, 2 “creo que es falso”, 3 “creo que es verdadero”, 4 “seguro que es verdadero”), a más puntuación más valor en la dimensión evaluada. El cuestionario agrupa los ítems en cinco dimensiones o estilos de afrontamiento: a) Espíritu de Lucha; b) Desesperanza/Indefensión; c) Preocupación Ansiosa; d) Fatalismo; e) Evitación/Negación (formada sólo por el ítem 38). En la adaptación española del MAC<sup>(25)</sup> para evaluar la dimensión de negación, además del ítem 38, se incluye una pregunta inicial sobre el nombre de la enfermedad, las respuestas se calificaron en cuatro niveles según un patrón

prefijado (desde la puntuación 1 si se reconocía el carácter maligno de la enfermedad, a la puntuación 4 si se desvincula totalmente de una enfermedad oncológica). Además, en la adaptación española del cuestionario se sustituye la palabra "cáncer" por "enfermedad" con la intención de no influir en la negación como estilo de afrontamiento, la escala se conforma con 40 ítems originales más la pregunta sobre el nombre de la enfermedad. En la validación de la adaptación española del cuestionario<sup>(26)</sup> se obtienen 28 ítems agrupados en cinco dimensiones, denominadas: a) Desesperanza (10 ítems,  $\alpha = 0,78$ ) referido a la sensación de pérdida y de estar desbordado ante el diagnóstico, con una actitud pesimista sobre el pronóstico; b) Ansiedad (7 ítems,  $\alpha = 0,74$ ), percepción del diagnóstico como una amenaza con un pronóstico incierto, e incertidumbre hacia el futuro, se recurre a la búsqueda excesiva de información y atención a síntomas físicos como estrategia para suplir la sensación de falta de control sobre la enfermedad; c) Resignación (6 ítems,  $\alpha = 0,62$ ), el paciente muestra una actitud pasiva ante el diagnóstico, de conformismo. Incluye la mayoría de ítems de la dimensión Fatalismo de la versión original del MAC; d) Aceptación de la enfermedad (3 ítems,  $\alpha = 0,44$ ), caracterizado por la aceptación del diagnóstico con muestras de optimismo respecto al pronóstico, búsqueda moderada de información para conocer su evolución y necesidad (se recurre al) de apoyo social para sobrellevar la enfermedad; e) Conductas de Seguridad (2 ítems,  $\alpha = 0,69$ ), supone un cambio en alguna pauta de comportamiento nociva para su salud (dieta, tabaco,...), o realización de conductas saludables que ayuden a prevenir la aparición de la enfermedad, con la intención de normalizar las actividades cotidianas.

### Análisis estadístico

Se trata de un estudio no-experimental con diseño ex post facto retrospectivo simple<sup>(27)</sup>. En el análisis estadístico, realizamos un análisis de varianza para cuantificar la diferencia de medias en la puntuación total del PTGI y las subescalas del MAC, en cuatro momentos diferentes durante el primer año del diagnóstico del cáncer. Para valorar la contribución o efecto del estilo de afrontamiento (variable predictora) sobre la respuesta de crecimiento postraumático (variable criterio) durante el primer año después del diagnóstico, utilizamos el modelo de regresión lineal en 4 momentos: momento 1, los 3 primeros meses tras el diagnóstico; momento 2, de 3 a 6 meses después del diagnóstico; momento 3, de 6 a 12 meses después del diagnóstico; momento 4, más de 12 meses después del diagnóstico. Para cada momento de evaluación calculamos el coeficiente de determinación corregido ( $R^2$ ) y el grado de significación de las estimaciones de los parámetros del modelo de regresión de la población (coeficiente  $\beta$ ).

### RESULTADOS

La muestra está formada por 131 pacientes que accedieron a participar en el estudio y auto-cumplimentar los cuestionarios, con una mediana de edad de 48 años, de ellos alrededor del 57% son mujeres. Los tumores más prevalentes son los de mama y colón. Alrededor del 85% de pacientes estaban realizando quimioterapia. El 25% de pacientes hace menos de 3 meses que han recibido el diagnóstico, el 21% hace entre 3 y 6 meses, el 16% entre 6 y 12 meses y al 38% de pacientes hace más de 12 meses que recibieron el diagnóstico. Otras características sociodemográficas y médicas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. **Datos sociodemográficos (N=131).**

	Nº Pacientes	%
<i>Edad</i>		
Media	47,5	
Desv.Tip.	10,5	
Mediana	48	
Rango	23-73	
<i>Sexo</i>		
Varón	56	42,7
Mujer	75	57,3
<i>Educación</i>		
Estudios Primarios	45	34,4
Educación Secundaria	51	38,9
Formación Especializada	20	15,3
Estudios Universitarios	15	11,5
<i>Estado civil</i>		
Casado/con Pareja	100	76,3
Soltero	20	15,3
Viudo	3	2,3
Separado/Divorciado	8	6,1
<i>Antecedentes Psiquiátricos</i>		
Si	41	31,3
<i>Antecedentes oncológicos familiares</i>		
Si	79	60,3
Éxitus familiares por cáncer	61	46,6
<i>Estadio Actual</i>		
Local	29	22,1
Loco-Regional	43	32,8
Metastásico	36	27,5
No-Sólido	23	17,6
<i>Localización del Tumor</i>		
Órganos respiratorios e Intratorácicos	16	12,2
Mama	37	28,2
Genitourinarios	20	15,3
Tejido linfático y Hematológico	23	17,6
Órganos Digestivos y Peritoneo	28	21,4
Labio, Oral y Faringe	4	3,1
Otros	3	2,3
<i>Tratamiento Previo</i>		
Cirugía	79	60,3
Radioterapia	42	32,1
Quimioterapia	49	37,4
Braquiterapia	2	1,5
<i>Tratamiento Actual</i>		
Radioterapia	14	10,7
Quimioterapia	111	84,7
Hormonal	14	10,7
<i>Índice Karnovsky (0-100)</i>		
60-Necesita ayuda ocasional de otros	6	4,6
70-Cuida de sí mismo. Incapaz de actividad normal	28	21,4
80-Actividad normal con esfuerzo	61	46,6
90-Actividad normal. Signos leves de enfermedad	36	27,5
<i>Tiempo desde el diagnóstico</i>		
Menos de 3 meses	32	24,8
De 3 a 6 meses	27	20,9
De 6 a 12 meses	21	16,3
Más de 12 meses	49	38

La distribución de medias en crecimiento postraumático y dimensiones de la versión española del MAC en los distintos momentos evaluados tras el diagnóstico del tumor aparecen en la figura 1.

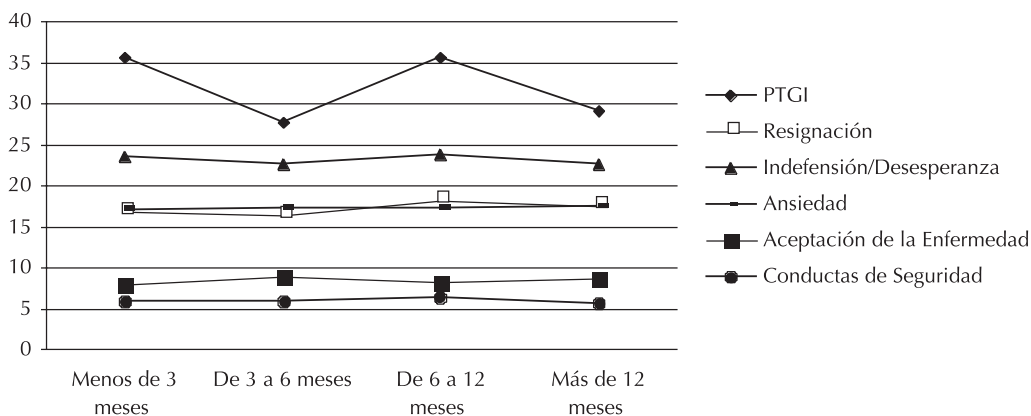
Las puntuaciones en crecimiento postraumático son más elevadas durante los 3 primeros meses después del diagnóstico y entre los 6 y 12 meses después, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas en los 4 momentos evaluados durante el primer año tras el diagnóstico del cáncer ( $F = 2,07$ ;  $p = 0,1$ ). El análisis de varianza tampoco aporta diferencias significativas en el tipo de respuesta cognitiva evaluadas con el MAC, durante el primer año tras el diagnóstico del cáncer, ver tabla 2.

El coeficiente de determinación de la población ( $R^2$  corregida) indica la proporción de la variación total explicada por la recta de regresión ajustada a una muestra de la población. Durante los 3 primeros meses tras el diagnóstico del tumor el 28% de la variación en crecimiento postraumático se estima que

es explicado por la respuesta cognitiva adoptada. En otros momentos la estimación del coeficiente de determinación de la población es del 3% para el momento 2, del 12% y 7% para los momentos 3 y 4, ver tabla 3.

El coeficiente  $\beta$ , cuantifica el efecto que sobre el crecimiento postraumático se prevé que ejercerá el tipo de respuesta cognitiva. Durante los 3 primeros meses tras el diagnóstico del tumor, la respuesta cognitiva de Aceptación de la Enfermedad ayuda a predecir de forma significativa ( $\beta = 3,76$ ,  $p < 0,5$ ) el crecimiento postraumático. En la dimensión de Ansiedad del MAC la pendiente de la recta es negativa ( $\beta = -3,43$ ,  $p < 0,01$ ), por lo tanto la relación es inversa, a más puntuación en Ansiedad durante los tres primeros meses se prevé menos crecimiento postraumático. La Desesperanza como respuesta cognitiva ante el diagnóstico del cáncer tiende a ser predictora ( $\beta = 1,69$ ,  $p = 0,07$ ) de la respuesta de crecimiento postraumático aunque no alcanza niveles significativos.

**Figura 1. Representación de las puntuaciones medias del PTGI y subescalas de la adaptación española de MAC, en cuatro momentos durante el primer año de diagnóstico del tumor.**



**Tabla 2. Puntuaciones medias y desviación típica (Sx) de las subescalas del MAC y puntuación total del PTGI. Análisis de varianza de un factor entre las subescalas del MAC y PTGI en 4 momentos durante el primer año después del diagnóstico.**

	Menos de 3 meses	De 3 a 6 meses	De 6 a 12 meses	Más de 12 meses		
	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	Media (Sx)	F	Sig.
PTGI total	35,68 (16,37)	27,77 (16,47)	35,66 (12,55)	29 (16,91)	2,07	0,10
Resignación	16,84 (3,23)	16,18 (3,90)	18,19 (3,47)	17,38 (3,59)	1,40	0,24
Desesperanza	23,60 (3,42)	22,52 (1,94)	23,78 (3,55)	22,65 (3,11)	1,27	0,28
Ansiedad	16,96 (2,32)	17,31 (2,56)	17,14 (3,19)	17,51 (3,13)	0,25	0,86
Aceptación de la Enfermedad	7,87 (1,97)	8,92 (1,89)	8,09 (2,73)	8,61 (2,48)	1,27	0,28
Conductas de Seguridad	5,90 (1,98)	5,74 (2,22)	6,33 (2,03)	5,48 (2,00)	0,87	0,45

**Tabla 3. Coeficientes de determinación ( $R^2$ ) y coeficiente de regresión ( $\beta$ ), sobre respuesta cognitiva y puntuaciones en crecimiento postraumático.**

Tiempo en meses desde el diagnóstico	Menos de 3 m		De 3 a 6 m		De 6 a 12 m		Más de 12 m	
$R^2$ corregida	0,28		0,03		0,12		0,07	
	$\beta$	sig	$\beta$	sig	$\beta$	sig	$\beta$	sig
Resignación	1,27	0,13	0,08	0,92	1,75	0,05	-0,53	0,52
Desesperanza	1,69	0,07	0,93	0,63	-0,99	0,27	0,50	0,60
Ansiedad	-3,43	0,00**	-1,85	0,22	0,72	0,45	0,75	0,43
Aceptación de la enfermedad	3,76	0,01*	-0,14	0,93	1,41	0,20	0,13	0,91
Conductas de Seguridad	1,99	0,18	2,21	0,18	0,07	0,96	-0,30	0,84

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

De los 6 a 12 meses después del diagnóstico la respuesta cognitiva de Resignación, con un estilo fatalista, predice la presencia posterior de crecimiento postraumático ( $\beta = 1,75$ ,  $p=0,05$ ).

En el período de 3 a 6 meses después del diagnóstico no hay una respuesta cognitiva que ayude a predecir crecimiento postraumático, ni en el período de más de 12 meses después del diagnóstico.

## DISCUSIÓN

En este estudio, las puntuaciones en crecimiento postraumático durante el primer año tras el diagnóstico del cáncer no varían de forma significativa. Parece razonable pensar que para el paciente oncológico, durante el primer año tras el diagnóstico lo prioritario es su dedicación al tratamiento después



de asumir el impacto del diagnóstico, resultando eventualmente en una respuesta de crecimiento postraumático. Los resultados en este sentido no son concluyentes, en algunos estudios el tiempo desde el diagnóstico del cáncer correlaciona con beneficio percibido<sup>(8)</sup>, mientras en otros estudios las correlaciones no son significativas<sup>(10, 12)</sup>.

Tampoco, durante el primer año, varían significativamente las respuestas cognitivas. Este resultado replantea la cuestión abierta por Watson et al (1988)<sup>(22)</sup> sobre si con el MAC se evalúan conductas rasgo o estado. Los mismos autores no dan una respuesta concluyente, aunque se inclinan por asumir que los procesos de afrontamiento son una respuesta cognitiva a una situación específica, pero añaden que si se mantienen estables las condiciones estimulares, la respuesta cognitiva puede ser considerada como la manifestación de un estilo de afrontamiento<sup>(22)</sup>.

Durante los 3 primeros meses después del diagnóstico la respuesta cognitiva de no Ansiedad ante el diagnóstico del cáncer, y Aceptación de la Enfermedad ayudan a predecir crecimiento posterior. Algunos estudios han señalado a la percepción apoyo social como una variable predictiva del beneficio percibido tras el diagnóstico del tumor mediado por un estilo cognitivo de aceptación de la enfermedad y estrategia de comparación social<sup>(28)</sup>, en otros estudios más que la percepción de apoyo social, resulta predictivo el poder hablar de la enfermedad<sup>(8)</sup> o facilitar la expresión emocional<sup>(15)</sup>. Manne et al (2004)<sup>(12)</sup> señalan, tanto los aspectos cognitivos como los emocionales contribuyen al crecimiento postraumático durante los 9 primeros meses tras el diagnóstico del cáncer, a nivel cognitivo no tanto la búsqueda de significado a la enfermedad, sino que la persona sea capaz de hacer

una valoración de las causas que le pueden haber llevado a desarrollar el cáncer (es cuando la persona se pregunta "porqué a mí"), nuestros resultados serían congruentes en este sentido, un estilo de afrontamiento de Aceptación de la Enfermedad y respuesta cognitiva no Ansiosa puede favorecer este hecho. Según los mismos autores<sup>(12)</sup>, en esos momentos facilitar la expresión emocional fomenta el crecimiento postraumático. No se trata de racionalizar el malestar que presenta el paciente, sino de ofrecerle un espacio y tiempo donde pueda depositar las preocupaciones que acompañan al diagnóstico del cáncer.

La respuesta de Indefensión/Desesperanza durante los 3 primeros meses tiende a ser predictiva del crecimiento postraumático posterior, aunque no alcanza valores significativos. En el período de 6 a 12 meses después del diagnóstico, la respuesta cognitiva de Resignación con estilo fatalista, tiende a generar más crecimiento postraumático posterior. La relación entre afirmaciones negativas (respuesta de desesperanza o estilo fatalista) y crecimiento postraumático podría entenderse teniendo en cuenta la necesidad que crea el diagnóstico del cáncer de mantener un sentido de predictibilidad dentro de un gran incertidumbre, la relación recíproca entre creencias de autocontrol e interpretación del mundo pueden dar una explicación a este hecho. El diagnóstico de cáncer daña los marcos de referencia que la persona tiene sobre la predictibilidad de los eventos en el mundo<sup>(7)</sup>, las dos asunciones básicas positivamente relacionadas con crecimiento postraumático son las de Justicia y Suerte<sup>(29)</sup>. La atribución externa e inestable ("he tenido mala suerte") que se genera en situaciones inescapables puede salvaguardar la visión que la persona tiene de sí mismo. La persona no es un agen-

te determinante de la enfermedad, además la atribución externa ayuda a iniciar la búsqueda de soluciones (el paciente pasa de hacerse la pregunta de “porqué a mi” a “porqué no, a mi”).

Si añadimos las aportaciones de la teoría de la disonancia cognitiva al considerar a los procesos cognitivos como responsables del cambio comportamental, se entiende que la persona pueda aumentar el compromiso o agrado hacia la alternativa elegida (cuando el paciente se dice así mismo “si me falla el cuerpo..., me queda esa otra parte...”, llámese espíritu, “que es la parte que he de desarrollar, madurar”).

El diagnóstico de cáncer no genera en sí mismo un cambio en sentido positivo, sino los procesos cognitivos asociados a la percepción de amenaza a la propia vida<sup>(17)</sup>. Durante todo el proceso de la enfermedad la percepción de amenaza se mantiene<sup>(8,10)</sup>, en este sentido no sería adecuado concebir el crecimiento como una ilusión porque no hay una negación de la gravedad que supone el diagnóstico del cáncer<sup>(7,30,31)</sup>.

Proponemos como opciones de mejora para próximos estudios, el utilizar un diseño longitudinal para evaluar los cambios en crecimiento según distintos momentos desde el diagnóstico. Otro aspecto, siguiendo la línea que plantean algunas investigaciones respecto a si la intensidad del estresor influye en la percepción de crecimiento postraumático, sería objetivar la severidad del estresor a través del estadio del tumor o agresividad del tratamiento recibido. Finalmente, también se podría plantear el predecir a partir de las puntuaciones en crecimiento postraumático la respuesta adaptativa ante el diagnóstico del cáncer, evaluada con los índices de calidad de vida o malestar emocional tras el diagnóstico o finalización del tratamiento oncológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frankl V. Ante el vacío existencial. Ed. Herder: Barcelona. Original 1977.
2. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol* 2004; 23 (1): 16-23.
3. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Trauma Stress* 1996; 9 (3): 455-71.
4. Park CL, Fenster JR. Stress-related growth: predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *J Social Clin Psycho* 2004; 23(2): 195-215.
5. Calhoun LG, Tedeschi RG. The Foundations of Posttraumatic Growth: an expanded framework. En: Calhoun LG, Tedeschi RG, editors. *Handbook of Posttraumatic Growth*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associate Publishers, 2006; p. 3-23.
6. Park CL. The Notion of Growth Following Stressful Lifw Experiences: Problems and Prospects. *Psychol Inq* 2004; 15: 69-76.
7. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychol Inq* 2004; 15(1): 93-102.
8. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol* 2001; 20 (3): 176-85.
9. Karanci AN, Erkam A. Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress Health* 2007; 23: 315-22.
10. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology* 2003; 12: 491-9.
11. Linley PA, Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A review. *J Trauma Stress* 2004; 17(1): 11-21.

12. Manne S, Ostrff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner and couple perspectives. *Psychosoma Med* 2004; 66: 442-54.
13. Thornton AA, Martin AP. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psychooncology* 2006; 15:285-96.
14. 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.
15. Jaarsma TA, Pool G, Sanderman R, Ranchor AV. Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psychooncology* 2006; 15(10): 911-20.
16. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *J Social Clin Psychol* 2004; 23(5): 733-46.
17. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi G, McMillan J. A Correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress* 2000; 13 (3): 521-7.
18. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consul Clin Psychol* 2006; 74 (5): 797-816.
19. Lechner SC, Antoni MH. Posttraumatic growth and group-based interventions for persons dealing with cancer: What have we learned so far? *Psychol Inq* 2004; 15: 35-41.
20. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2006; 25 (1): 47-56.
21. Karnofsky DA, Abelman WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948; 1: 634-56.
22. 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.
23. Weiss T, Berger R. Reliability and Validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Res Soc Work Pract* 2005; 20(10): 1-9.
24. Costa Requena G, Gil FL. Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos Anál Modif Conduct. En prensa
25. Ferrero J, Barreto MP, Toledo M. Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psychooncology* 1994; 3: 223-32.
26. Costa Requena G, Gil FL. The Mental Adjustment to Cancer scale: A psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psychooncology*. Sumit.
27. Montero I, Leon OG. Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *Int J Clin Health Psychol* 2007; 7(3): 847-62.
28. Schulz U, Mohamed NE. Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Soc Sci Med* 2004; 59: 653-62.
29. Carboon I, Anderson VA, Pollard A, Szer J, Seymour JF. Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: Do world assumptions contribute? *Traumatology* 2005; 11(4): 269-83.
30. Weiss T. Posttraumatic Growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *J Psychosoc Oncol* 2002; 20 (2): 65-80.
31. Smith SG, Cook SL. Are reports of posttraumatic growth positively biased? *J Trauma Stress* 2004; 17 (4): 353-8.

