

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES Y LOCUS DE CONTROL EN PACIENTES DE TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH)

EFFECTS OF TRAINING IN COMMUNICATION SKILLS IN THE EXPRESSION OF EMOTIONS AND LOCUS OF CONTROL IN PATIENTS OF HAEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION (HSCT)

Soledad de Linares-Fernández*, M^a Nieves Pérez-Marfil**,
Francisco Cruz-Quintana**, Antonio Romero-Aguilar*,
Lucía Moratalla-López* y Elisa López-Fernández*

Resumen

El TPH supone un periodo de aislamiento en el que se puede experimentar un gran malestar debido a los efectos secundarios, al riesgo de complicaciones y a la separación socio-familiar. El objetivo de este trabajo ha sido comprobar el efecto del entrenamiento en comunicación emocional medido a través de los cambios en locus de control y en niveles de supresión emocional. Participaron dos grupos de pacientes, uno que realizó un programa de intervención psicooncológica ($n = 22$) y otro que realizó además un módulo adicional de habilidades de comunicación ($n = 26$). Los resultados mostraron que el entrenamiento en comunicación aumentaba los beneficios del programa psicológico pre-trasplante. El grupo que recibió el módulo adicional aumentó su Locus de Control Interno y la expresión emocional, en comparación con el grupo de intervención estándar.

Palabras clave: intervención psicológica, TPH, habilidades de comunicación, supresión emocional, locus de control.

Abstract

The HSCT requires a period of isolation in which great discomfort due the side effects, risk of complications and separation from family and social relationships, can be experienced. The aim was to determine the effect of training on emotional communication measured through changes in locus of control and in levels of emotional suppression. We had two groups of patients, one performed a program of psycho-oncological intervention ($n = 22$) and the other performed the same program plus an additional module in communication ($n = 26$). The results showed that the training in communication increased the benefits of the psychological program pre-transplant. The group that received the additional module improved the internal locus control and the emotional expression of anger, worry and sadness.

Key words: psychological intervention, HSCT, communication skills, emotional suppression, locus of control.

Recibido: 17-10-13 | Aceptado: 11-07-14

El Trasplante de Precursores Hematopoyéticos (TPH) es una modalidad compleja de tratamiento mediante el cual la médula ósea no funcionante, deficiente o con células malignas, es eliminada usando altas dosis de quimioterapia, seguida de la infusión

de células madre hematopoyéticas por vía intravenosa, para restablecer la función hematológica e inmunológica de los pacientes (Carreras et al., 2006).

La incidencia de neoplasias hematológicas es aproximadamente de 22 casos/100.000 habitantes/año. La tasa de trasplantes en España en 2012 fue 57,1 trasplantes por millón de habitantes y año. La indicación más frecuente son las neoplasias hematológicas: síndromes linfoprolifera-

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España.

**Universidad de Granada, España.

E-Mail: soledad.linares.exts@juntadeandalucia.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVII p.p. 14-23

© 2018 Fundación AIGLÉ.

tivos (1.628 trasplantes, 60%) y leucemias agudas (779 trasplantes, 28%). Los tumores no hematológicos supusieron el 5% del total de trasplantes (ONT, 2012).

La indicación de trasplante se establece según características del paciente, especialmente la edad y el diagnóstico. En general, se trasplantan aquellos pacientes en los que la posibilidad de curación con terapias estándar es baja (inferior al 20%), pero que con el trasplante su posibilidad de curación se incrementa notablemente (50%).

Es difícil hablar de resultados del conjunto de los trasplantes por la heterogeneidad de las modalidades de trasplante, de las enfermedades tratadas, así como de las distintas situaciones de enfermedad. Por ejemplo, en leucemias agudas mieloblásticas, en general, se obtiene con trasplante un porcentaje de curaciones aproximadamente del 50%, con tratamientos convencionales sería alrededor de un 20% (Carreras, Rovira y Martínez, 2010).

Este procedimiento médico se asocia con un alto riesgo de muerte por diversas complicaciones (infecciones, hemorragias, fallo del implante, etc.), con una morbilidad física significativa, una convalecencia prolongada y aislamiento social; además, existe un riesgo potencial para la morbilidad psicológica (Ascencio, 2011). Ante estas consideraciones, es necesario contar con una adecuada evaluación médica, psicológica, social, familiar y económica, que evite complicaciones que contraindiquen o afecten el proceso de trasplante.

Los pacientes que reciben un TPH realizan el proceso de trasplante en habitaciones aisladas con presión positiva (que permite que el aire salga de la habitación e impide que ingrese el mismo desde el exterior), permitiendo así su aislamiento de infecciones externas (Gómez y Rodas-Díaz, 2012; Ruiz-Arguelles, 2009). El período de aislamiento coincide con las fases de acondicionamiento (en las que se administran dosis extremadamente altas de quimioterapia), la infusión de progenitores hematopoyéticos y la recuperación hematológica, que es en la que los pacientes suelen presentar mayor sintomatología física, debido al tratamiento de acondicionamiento (náuseas, vómitos, mucositis, etc.) y/o a la inmunosupresión (infecciones, fiebre, etc.). El alta suele ocurrir cuando los niveles leucocitarios se normalizan y los pacientes no presentan otros síntomas debido al proceso. La media de estancia en la unidad de trasplante varía desde los 21 días en trasplantes autólogos (en el que los pacientes reciben sus propias células madre), hasta los 25 días en los trasplantes alogénicos (en el que los pacientes reciben las células madre de otra persona).

La literatura informa que estos pacientes suelen experimentar sentimientos ambivalentes respecto al tratamiento; por una parte, representa la posibilidad de recuperar la salud y, por otra, constituye una fuente generadora de temor e incertidumbre ante la

posibilidad de complicaciones (Rodríguez, Orgaz, Bayón, Palao, Torres y Hospital, 2011). La enfermedad y el proceso de trasplante condicionan, con frecuencia, la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión, así como manifestaciones de ira y agresividad, trastornos del sueño, sentimientos de culpa o trastornos sexuales, entre otros. Adicionalmente, hay que tener en cuenta la incertidumbre derivada del desconocimiento de aquello a lo que se someterá debido a la complejidad del procedimiento, la enorme cantidad de medicamentos administrados y las complicaciones médicas que pueden ocurrir (Ascencio, 2011).

El TPH es considerado como un proceso estresante que requiere, por parte de los pacientes, poner en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que les ayuden a adaptarse a las demandas, tanto internas como externas, cobrando gran importancia la capacidad para analizar las nuevas situaciones y hacer los cambios necesarios para hacerles frente. Las guías *Instituto Nacional del Cáncer* (2018) definen la adaptación psicosocial, o ajuste al cáncer, como un proceso prolongado en el tiempo, a través del cual el paciente oncohematológico trata de conducir el sufrimiento emocional, solventar los problemas concretos relacionados con la enfermedad y, ejercer cierto manejo sobre las circunstancias que van surgiendo en torno a la dolencia. Entre los factores que pueden influir en este proceso de adaptación se han incluido, entre otros, el estado de ánimo del paciente (manifestaciones de ansiedad y depresión), estrategias de afrontamiento a la enfermedad, el locus de control de salud y la inhibición de la expresión emocional (Barrioihet, Forjaz y Garrido, 2005).

El *Locus de Control de Salud* (LCS) se ha asociado con el curso y la mortalidad de las enfermedades. La investigación ha sido clara respecto a las consecuencias que ocasiona un LCS externo elevado. Se ha relacionado directamente con mayor desesperanza y depresión y, como consecuencia, con un aumento del riesgo de mortalidad (Brenlla y Vázquez, 2010; Oros, 2005). Un LCS externo sería la creencia de que la salud no depende de uno mismo, o que se puede ejercer poco control sobre ella, dividiéndose a su vez en dos dimensiones: LCS otros poderosos (creencia que la salud depende de otras personas, médicos u otros profesionales de la salud) y LCS de casualidad, donde la salud depende del destino o azar (Anarte, Machado, Ruiz de Adana y Caballero, 2010). Los LCS interno y externo de otros poderosos son los que, en teoría, favorecen mejor la adaptación a la enfermedad, ya que implican una percepción de control y se asocian a un mejor bienestar psicológico, en comparación al LCS externo de azar o casualidad, que implica una ausencia de control y se vincula con la desesperanza. Además, el LCS externo de casualidad se asocia con una mala adaptación pues provoca incertidumbre respecto al pronóstico, miedo a los tratamientos, sensación de mayores cambios fi-

sicos y aislamiento social (Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel y Westgate, 2008; Cross, March, Lapsley, Byrne y Brooks, 2006).

La literatura informa que aquellos pacientes que creen poder hacer algo respecto a su enfermedad, tienen una adaptación más positiva, son más proclives a practicar buenos hábitos saludables, aumentando su adherencia al tratamiento, usan más estrategias de afrontamiento activas y presentan menores niveles de depresión que los que presentan una orientación externa (Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam y Tonekaboni, 2010).

Por otra parte, el término supresión emocional se refiere a una inhibición deliberada y consciente, que supone un esfuerzo importante de los afectos negativos y/o de su expresión (Contrada y Guyll, 2001). Se considera un estilo de afrontamiento en el que los individuos evitan prestar atención a los acontecimientos negativos y a las reacciones afectivas relacionadas con ellos. Estas personas no reconocen experimentar emociones como la ansiedad pero, sin embargo, sí muestran una activación autonómica o fisiológica propia de los individuos que sí experimentan estas emociones intensas. De hecho, se ha propuesto que trasladar estas experiencias a expresión verbal (escrita u oral) reduce su impacto sobre el sistema nervioso autonómico y mejora la salud (Leonardo, Barroeta, Castellanos, Colmenares y Hernández, 2013).

Existe evidencia a favor de que este estilo de afrontamiento potencia el desarrollo de ciertas enfermedades como el cáncer, afectando al funcionamiento del sistema inmunológico, y se ha relacionado con el dolor crónico (Pérez y Sanjuán, 2003). Dresch, Sánchez-López y Aparicio (2008) la caracterizan como un estilo de personalidad desadaptativo, definido por una tendencia a experimentar emociones negativas de forma pasiva, que incluye aislamiento, sumisión e inseguridad, y que favorece la aparición de enfermedades como consecuencia de las conductas de riesgo para la salud que se asocian con ella. Otros autores, como Zozulya, Gabaeva, Sokolov, Surkina y Kost (2008), hacen referencia a la supresión emocional como un factor de riesgo para en el desarrollo de cáncer y enfermedades infecciosas. Además, la supresión emocional es una de las dimensiones más características del patrón de conducta Tipo C, tradicionalmente vinculado con el desarrollo del cáncer y otras enfermedades de carácter crónico (Vinaccia, 2003). Suárez y Pérez (2011) han encontrado que la expresión emocional escrita en pacientes con cáncer mejora el afrontamiento al dolor y favorece la interacción social.

Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola (2013) evaluaron la frecuencia del uso de la supresión emocional en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer, comparándola con la de un grupo control. No encontraron diferencias en la expresión de emociones positivas, pero sí en la frecuencia de comunica-

ción de las emociones negativas, de manera que los pacientes oncológicos tendían a suprimirlas.

Cohen (2013) utilizó la escala de Control Emocional Courtauld (CEC) para evaluar a 241 pacientes con cáncer, y encontró que la supresión emocional de emociones negativas se relaciona con una mayor angustia psicológica en pacientes con cáncer. A partir de estos resultados, propone que un estilo de regulación emocional caracterizado por la inhibición puede afectar negativamente a los pacientes que sufren algún tipo de neoplasia maligna.

Diversos autores han subrayado que la comunicación es una de las principales necesidades del paciente oncohematológico (Astudillo y Mendiñeta, 2008; Yélamos y Fernández, 2006). Los pacientes con cáncer utilizan frecuentemente la regulación emocional como estrategia de afrontamiento por lo que las investigaciones se han centrado en el estudio de la inhibición de emociones negativas (Charles y Carstensen, 2007; Cools, Roberts y Robbins, 2008). La adquisición de habilidades en comunicación puede resultar útil para promover un estilo de afrontamiento más adaptativo que el de supresión emocional.

La literatura informa ampliamente de la evaluación física, psicológica, emocional y/o social, de pacientes con cáncer y de la utilidad de programas de intervención. Las intervenciones más frecuentes recogen desde estrategias educativas hasta intervenciones de asesoramiento y/o apoyo empleando distintas técnicas y procedimientos terapéuticos, resultando útiles para mejorar las estrategias de afrontamiento el estado anímico, la calidad de vida, los índices de supervivencia y, en definitiva, la adaptación a la enfermedad (Hernández y Cruzado, 2013; Muglia-Wechsler, Bragado-Álvarez y Hernández-Lloreda, 2013), pero es escasa respecto a mostrar resultados después de implementar programas de intervención en pacientes que se someten a TPH. Algunos autores muestran la eficacia de un programa psicológico de preparación a TPH en la adaptación a dicha situación (Arranz, Coca, Bayés y Rincón, 2003; Ascencio, 2011).

De Linares et al. (2007), analizaron la repercusión de un programa psicológico de preparación a TPH de cuatro sesiones, cuyos contenidos eran el entrenamiento y análisis de la información, fomento de habilidades de afrontamiento, psicoeducación para el manejo del estrés y preparación para el trasplante a nivel familiar. Los resultados generales indicaron que el programa ayudaba a los pacientes a afrontar este proceso de una manera más adaptativa durante la situación de aislamiento, mostrando una menor sintomatología ansiosa y depresiva. Se observó, además, una disminución en la percepción de sintomatología física, y se mitigaron los niveles de malestar emocional.

En este trabajo el objetivo ha sido estudiar el efecto del entrenamiento en habilidades de comunicación en pacientes que deben someterse a un pro-

ceso de TPH en los niveles de supresión emocional y en el locus de control de salud. Se espera que la incorporación de un módulo de entrenamiento en habilidades de comunicación en el protocolo de intervención psicooncológica mejore la adaptación al proceso de trasplante, la capacidad de expresión emocional y favorezca el desarrollo de un locus de control de salud más adaptativo.

MÉTODO

Diseño

Se siguió un diseño cuasi experimental (de caso típico) con medidas pre/post con dos grupos, un Grupo Intervención Experimental y un Grupo Intervención Estándar. La asignación a los grupos se hacía de acuerdo con el orden de llegada a la unidad, de manera que el primer paciente formaba parte del grupo estándar, el siguiente formaba parte del grupo experimental, y así sucesivamente, teniendo en cuenta que hubiese el mismo número de mujeres y hombres en cada grupo. Se tomó la decisión de igualar a ambos grupos en cuanto al sexo, tomando como referencia lo señalado por la literatura respecto a las diferencias emocionales existentes entre hombres y mujeres (Del Toro, 2014; García, 2003).

Ninguno de los participantes había recibido previamente un trasplante, ni había participado en un programa psicooncológico de preparación al mismo.

Participantes

Los participantes fueron pacientes candidatos a trasplante según criterio médico siguiendo las recomendaciones internacionales establecidas por la European Group for Blood and Marrow Transplantation

(EBMT) (Ljungman et al., 2010) en la Unidad de TPH del Servicio de Hematología y Hemoterapia del “Hospital Universitario Virgen de las Nieves” de Granada, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: ser candidato a trasplante, realizar la firma del consentimiento informado y ser hombre o mujer mayor de 16 años. Los criterios de exclusión fueron: no cumplir los criterios de inclusión y/o el abandono voluntario del estudio por parte del paciente. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: a) Grupo Intervención Estándar (n = 22), formado por aquellos pacientes que accedieron a colaborar en el estudio y a participar en un programa de intervención psicooncológica y, b) Grupo Intervención Experimental (n = 26), formado por aquellos pacientes que accedieron a colaborar con el estudio y que participaron en un programa de intervención psicooncológica que incluía, además, un módulo para el entrenamiento de las habilidades de comunicación.

La Unidad de TPH tenía una capacidad para realizar entre 30 y 35 trasplantes por año. En este trabajo participaron 48 pacientes, que ingresaron en la unidad en el transcurso de dos años, de edades comprendidas entre los 16 y los 63 años (ME = 43,6, DT = 11,36) que realizaron la evaluación inicial, disminuyendo a 29 los que realizaron la evaluación +100 días post-TPH. La disminución de la muestra se debió en 10 casos a Exitus Letalis y en 9 casos al regreso de los pacientes a su localidad y hospital de referencia, distinto del lugar donde se había realizado el trasplante. Del total de muestra que fue analizada con la evaluación previa al trasplante, 24 eran hombres (50%) y 24 eran mujeres (50%). De la muestra que fue analizada en la evaluación post +100 días después del trasplante, 15 eran hombres (51,7%) y 14 eran mujeres (48,3%) (ver Tabla 1).

Tabla 1. Número de participantes y frecuencia de Grupo de Intervención Control e Intervención Experimental en función del género, diagnóstico y tipo de TPH al ingreso a TPH y en la evaluación +100 días

	Sexo		Diagnóstico			Tipo TPH	
	Hombre	Mujer	Leucemia	Linfoma	Mieloma	Autólogo	Alogénico
G. Intervención Estándar (Ingreso) n = 22 (45,8%)	12	10	7	10	5	11	11
G. Intervención Experimental (Ingreso) n = 26 (54,2%)	12	14	7	14	5	16	10
Totales n = 48	24	24	14	24	10	27	21
	(50,0%)	(50,0%)	(29,2%)	(50,0%)	(20,8%)	(56,3%)	(43,8%)
G. Intervención Estándar (+100 días) n = 13 (44,8%)	8	5	5	4	4	7	6
G. Intervención Experimental (+100 días) n = 16 (55,2%)	7	9	2	10	4	13	3
Totales n = 29	15	14	7	14	8	20	9
	(51,7%)	(48,3%)	(24,1%)	(48,3%)	(27,6%)	(69,0%)	(31,0%)

Instrumentos

- Historia clínica. Las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación familiar, escolaridad, situación laboral) y las variables clínicas (diagnóstico, estadio, tratamientos, tipo de TPH) se obtuvieron a través de la consulta de la historia clínica y se recogieron en una hoja de datos creada para este estudio.

- Escala de Control Emocional de Courtauld, CECS (Watson y Greer, 1983) adaptada al castellano por Rodríguez, Esteve y López (2000). Está compuesta por 21 ítems (escala tipo Likert con un rango de 1 a 4), que ofrece una puntuación global relativa al control de las respuestas afectivas negativas (derivada de la suma total de los ítems) y una puntuación para cada una de

las tres subescalas que lo componen (Enfado, Preocupación y Tristeza), y que evalúan el grado en que el sujeto dice controlar la ira, la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. Cada una de las subescalas consta de un total de 7 ítems. El alfa de Cronbach para cada subescala respectivamente fue de, 0,71, 0,73 y, 0,60 y para el instrumento global de 0,88.

- Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud, EMLCS (Wallston, 2005; Wallston, Wallston y De Vellis, 1978), adaptada al castellano por Pastor (1990). Consta de 18 ítems que distinguen el tipo de control que presenta el paciente con respecto a la enfermedad (Locus de control interno, Otros poderosos y Azar). Este constructo hace referencia a la creencia en la capacidad personal para manejar acontecimientos relacionados con la salud. El factor Interno define sentimientos de competencia, auto-eficacia y auto-dominio en relación con la salud, el factor Otros poderosos a la percepción de que la enfermedad y sus consecuencias son producto de factores ajenos al control personal y dependen de la participación de otras personas y el factor Azar otorga la responsabilidad a la suerte. Respecto a la confiabilidad, se ha encontrado que el alfa de Cronbach para cada subescala es de 0,83, para el Locus de control interno, de 0,57, para Otros poderosos y de 0,73 para el Azar (Sandín, Chorot, Lostao, Valiente y Santed, 2001) y los coeficientes de estabilidad test- rest varían entre 0,60 y 0,70 (Moshki, Ghofranipour, Hajizadeh y Azadfallah, 2007; Wallston, 2005).

Programa

El programa de intervención psicooncológica tenía el objetivo de favorecer la adaptación al proceso de trasplante, amortiguando el impacto psicológico y el sufrimiento asociado, identificando y anticipando necesidades, preocupaciones y dificultades, disminuyendo, en lo posible, los efectos negativos asociados al proceso (Arranz et al., 2003). El programa comprendía cuatro módulos generales que se realizaban durante la dinámica hospitalaria de preparación a TPH que fueron adaptados a cada paciente según sus necesidades y demandas. En este trabajo se ha añadido, además, un quinto módulo que fue seguido por el Grupo de Intervención Experimental.

- Módulo 1. Análisis de las dudas, miedos y temores. El objetivo era identificar y rectificar las percepciones erróneas a través del análisis de dudas, miedos y temores relacionados con la información médica, fomentando la comunicación con el personal sanitario. Además, se facilitaba información acerca de los detalles relacionados con horarios de visita, acceso a la unidad de trasplante, etc. Por último, se realizaba una visita a la unidad de aislamiento con el objetivo de disminuir el impacto emocional cuando deba ingresar para TPH.

- Módulo 2. Identificación del estilo de afrontamiento del paciente. Se trataba de indagar y reforzar

actitudes positivas y fomentar un afrontamiento activo. Se identificaba el estilo de afrontamiento del paciente ante situaciones consideradas estresantes y relacionadas con todo el proceso de trasplante, reforzando actitudes positivas y fomentando formas de afrontamiento más adaptativas. Se informaba de los recursos disponibles en la unidad (televisión, ordenador portátil con conexión a Internet, teléfono, etc.), y se generaba una lista de todo lo que el paciente podía llevar consigo al aislamiento (música, móvil, libros, tapones auditivos, etc.).

- Módulo 3. Manejo del estrés. El objetivo era educar sobre los componentes del estrés, a través del análisis de las propias reacciones de los pacientes. Se identificaban fuentes de estrés además de pensamientos irracionales que lo aumentan, generando alternativas a los mismos (entrenamiento cognitivo). Se realizaba entrenamiento en respiración diafragmática, entregando al paciente un documento explicativo.

- Módulo 4. Preparación a nivel familiar. Se proporcionaban herramientas útiles al paciente a través del control de situaciones estresantes que pudieran perjudicar las relaciones paciente-familia. Se identificaba el nivel informativo de la familia y el estilo comunicativo familiar, fomentando la asertividad de la familia con el paciente y viceversa. Se indagaban sobre dudas y temores, sobre qué aspectos podían interferir en la estancia de aislamiento (sobrepotección, excesiva atención, etc.). Se normalizaban las posibles situaciones de estrés y se informaba sobre posibles recursos para ayudar al paciente durante su periodo de aislamiento (controlar el número de visitas según las necesidades del paciente, permitir que decidiera cuando necesitaba que la visita terminara, adjudicar a un miembro de la familia para que sea el portavoz del resto de la familia, facilitar la comunicación paciente-familia-personal sanitario).

- Módulo 5. Habilidades de comunicación. El objetivo fundamental era proporcionar a los pacientes herramientas que facilitaran la comunicación de sus emociones, tanto a nivel familiar como sanitario. Los pacientes recibieron entrenamiento en comunicación asertiva, que hacía referencia a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación, incluyendo aquellos momentos en las relaciones entre los seres humanos que representan un reto. Es decir, a través de este módulo se promovía el desarrollo de habilidades que permiten ser personas directas, honestas y expresivas en la comunicación, además de promover la seguridad, el auto-respeto y la habilidad para hacer sentir valiosos a los demás. Para ello, se realizaba una sesión psico-educativa donde se les explicaba las fases de la comunicación asertiva.

Procedimiento

El reclutamiento de los pacientes se realizó en sesión clínica donde el equipo médico concluía la necesidad del trasplante para el paciente, bien cuando

se acababa de conocer el diagnóstico y/o el paciente se encontraba en tratamiento en la unidad, o bien cuando era solicitado el trasplante desde otros servicios u hospitales.

Una vez el paciente era aceptado para trasplante, según el Procedimiento Operativo de la Unidad de Trasplante, se citaba para la denominada “Sesión de acogida a TPH”, en la que se informaba sobre todos los aspectos fundamentales relacionados con el tratamiento de trasplante. La psicooncóloga encargada acudía a dicha reunión para realizar el primer contacto terapéutico, llevándose a cabo el consentimiento informado y la evaluación inicial.

El programa de intervención psicooncológica del Grupo Intervención Estándar constaba de cuatro módulos, mientras que el programa de Grupo Intervención Experimental constaba de cinco. Las sesiones se realizaban de forma individualizada, aunque se permitía la estancia de un familiar, si así lo deseaba el paciente, en cada una de ellas. La periodicidad venía determinada por la dinámica de ingreso, de tal forma que los pacientes que ingresaban previamente para preparación a TPH (aféresis) recibían dichas sesiones en ese periodo de ingreso (una sesión diaria), y los pacientes que no requerían ingreso recibían las sesiones con una periodicidad de dos por semana. La primera evaluación se realizaba al ingreso en la unidad de TPH, siendo la evaluación posterior a los +100 días post-TPH, momento en los que los pacientes realizaban una evaluación médica completa.

Análisis de datos

Se han realizado análisis descriptivos, de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y de frecuencias para las cualitativas. Las diferencias se han analizado utilizando ANOVA de modelos lineales para medidas repetidas (estadístico Lambda de Wilks). En todos los casos se ha tenido en cuenta los supuestos de homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene). Para todos estos

análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 16.0.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la comparación entre los grupos de pacientes en función del momento de evaluación para las diferentes variables. Para el análisis se ha utilizado un modelo lineal general de medidas repetidas $2 \times (2)$, con dos niveles para el factor entre-grupos, en función de si los participantes han seguido el programa de intervención estándar o el programa experimental que incluye el módulo de comunicación, y dos niveles para el factor intra-sujetos, correspondientes a los dos momentos de evaluación (día de ingreso a trasplante y día +100 post-trasplante).

- Supresión Emocional. Se observan diferencias significativas entre los dos momentos de evaluación en las tres dimensiones, enfado ($F_{1, 32} = 7,153, p = 0,012$), preocupación ($F_{1, 32} = 12,479, p = 0,010$) y tristeza ($F_{1, 32} = 20,649, p = 0,000$). Estas diferencias también son significativas con respecto a la interacción, en enfado ($F_{1, 32} = 7,609, p = 0,010$), preocupación ($F_{1, 32} = 15,100, p = 0,000$) y tristeza ($F_{1, 32} = 24,624, p = 0,000$). Asimismo, las diferencias son significativas en cuanto al grupo en preocupación ($F_{1, 32} = 1,941, p = 0,000$) y en tristeza ($F_{1, 32} = 18,931, p = 0,000$) y tristeza ($F_{1, 32} = 24,624, p = 0,000$). Asimismo, las diferencias son significativas en cuanto al grupo en preocupación ($F_{1, 32} = 1,941, p = 0,000$) y en tristeza ($F_{1, 32} = 18,931, p = 0,000$). Estos resultados informan que, en general, existe una disminución de las tres dimensiones de supresión emocional en el Día +100 post-TPH. Por otra parte, los patrones de cambio son diferentes para los grupos (una disminución para el Grupo de Intervención Experimental y un mantenimiento para el Grupo de Intervención Estándar), y además, el Grupo de Intervención Experimental presenta valores más bajos de supresión del enfado y de la tristeza. Por último, los tamaños del efecto son altos sólo para el Grupo de Intervención Experimental (ver Tabla 2).

Tabla 2. Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del CEC (Supresión Emocional)

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) *100 días	Tamaño del Efecto	Factor	F	p
Enfado	Estándar	18,40 (4,50)	18,46 (4,10)	-0,01	Tiempo	7,153	0,012*
	Experimental	18,68 (5,97)	14,37 (3,18)	0,94	Tiempo*Grupo	7,609	0,010*
					Grupo	1,941	0,173
Preocupación	Estándar	20,06 (3,49)	20,40 (3,35)	-0,09	Tiempo	12,479	0,012*
	Experimental	19,63 (5,40)	12,63 (2,60)	1,75	Tiempo*Grupo	15,100	0,010*
					Grupo	18,062	0,173
Tristeza	Estándar	19,86 (3,27)	20,20 (3,72)	-0,09	Tiempo	20,649	0,000*
	Experimental	19,78 (5,04)	12,21 (1,75)	2,22	Tiempo*Grupo	24,624	0,000*
					Grupo	16,931	0,000*

- Locus de Control de Salud. Los resultados obtenidos muestran en referencia al Locus de Control "Otras personas" diferencias significativas entre los dos momentos de evaluación ($F_{1, 31} = 4,933$, $p = 0,034$), es decir, que independientemente del grupo, la dimensión "Otras personas" aumenta tras el trasplante. En referencia al Locus de Control "Interno" aparecen diferencias entre los dos momentos de evaluación ($F_{1, 31} = 12,765$, $p = 0,001$), lo que indica un aumento de esta dimensión en el día +100 post-trasplante. Además existen diferencias en la interacción tiempo por grupo en Locus de

Control "Azar" ($F_{1, 31} = 5,138$, $p = 0,031$), es decir, existen cambios a lo largo del tiempo que revelan patrones diferentes según el grupo de pertenencia. En concreto, para el Grupo de Intervención Estándar se observa un aumento en la segunda evaluación, y para el Grupo de Intervención Experimental una disminución. Finalmente, en la dimensión "Otros poderosos" aparece una diferencia entre los grupos ($F_{1, 31} = 4,758$, $p = 0,033$), que señala que el Grupo de Intervención Experimental presenta valores superiores al Grupo de Intervención Estándar (ver Tabla 3).

Tabla 3. Medias (ME), desviaciones típicas (DT), tamaño del efecto y análisis de las diferencias (Lambda de Wilks) en función del momento de la evaluación, interacción y grupo para las dimensiones del EMLCS (Locus de Control)

Variable	Grupos de Intervención	ME (DT) Ingreso	ME (DT) *100 días	Tamaño del Efecto	Factor	F	p
Otros Poderosos	Estándar	33,13 (7,69)	35,80 (7,95)	-0,34	Tiempo	4,933	0,034*
	Experimental	34,50 (7,24)	35,33 (7,07)	-0,11	Tiempo*Grupo	1,354	0,254
Interno	Estándar	26,86 (7,37)	28,66 (6,87)	-0,25	Grupo	4,758	0,033*
					Tiempo	12,765	0,001*
	Experimental	29,38 (5,32)	33,38 (6,98)	-0,65	Tiempo*Grupo	1,837	0,185
Azar	Estándar	31,33 (12,8)	33,40 (10,9)	-0,17	Grupo	2,774	0,106
					Tiempo	0,302	0,587
	Experimental	30,83 (11,1)	27,44 (8,59)	0,34	Tiempo*Grupo	5,138	0,031*
					Grupo	0,801	0,378

DISCUSIÓN

La Psicooncología abarca un continuo amplio de objetivos que empieza con la prevención del cáncer y termina cuando finaliza la vida del enfermo, y entre ambos extremos, se incluyen la atención en las distintas fases de diagnóstico, tratamiento, supervivencia, cuidados paliativos y final de vida (Holland, 2003).

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar el efecto del entrenamiento en habilidades de comunicación en pacientes oncohematológicos que deben someterse a un proceso de TPH. Se ha tratado de ofrecer nuevos recursos para hacer frente al proceso de tratamiento médico. Todos los pacientes que han participado en el estudio han recibido el programa de intervención psicológico estándar que consta de cuatro módulos (entrenamiento y análisis de la información, fomento de habilidades de afrontamiento, psicoeducación para el manejo del estrés y preparación para el trasplante a nivel familiar), pero la mitad de ellos recibió, además, un módulo adicional de habilidades de comunicación. Se ha encontrado que ambos grupos presentan un cambio adaptativo en cuanto al locus de control. Tras la intervención psicooncológica reconocen una mayor confianza en los profesionales sanitarios (Otros poderosos) y, al mismo tiempo, perciben un mayor manejo sobre su enfermedad y consecuencias (Locus

interno). Sin embargo se ha encontrado que los pacientes que reciben el módulo de habilidades de comunicación adicional presentan mejores recursos para abordar el proceso de trasplante y la posterior recuperación.

La literatura informa que los programas de intervención psicooncológica tienen, en general, efectos beneficiosos sobre la salud de las personas que padecen estas enfermedades (Marrero y Carballeira, 2002). Ahora bien en lo que respecta en concreto a los pacientes oncohematológicos que han de someterse a un TPH, hay que señalar una serie de particularidades que no se dan en otro tipo de cánceres. En estos casos las intervenciones requieren de un periodo de aislamiento que supone un momento crucial en el tratamiento de la enfermedad oncohematológica, y que se caracteriza por ser especialmente estresante y generar un gran malestar emocional y físico, a tal punto que requiere, por parte de los pacientes, de la movilización de estrategias de afrontamiento para adaptarse a las múltiples, diferentes y cambiantes demandas internas y externas. Se ha evidenciado que entre los factores que pueden influir en este proceso de adaptación se encuentran la sintomatología ansiosa y depresiva, la calidad de vida, el estilo de afrontamiento, el apoyo social, el locus de control de salud y la inhibición de la expresión emocional (Barroilhet et al., 2005; Cardenal, Cerezo, Martínez, Ortiz-Tallo y

Blanca, 2012; Cruzado, 2012; Silva, Moreira y Canavarro, 2012).

Estudios previos han puesto de manifiesto que la aplicación de un programa de intervención psico-oncológica mejora significativamente el bienestar de los pacientes durante su estancia en la cámara de aislamiento y que estos efectos se mantienen en el periodo de recuperación (Arranz et al., 2003; Ascencio, 2011; De Linares et al., 2007).

Los resultados generales de este estudio van en la línea de lo planteado en la literatura, en tanto que la participación en el programa estándar de la unidad mejora el locus de control de salud y todos los pacientes perciben un mayor manejo sobre su enfermedad y consecuencias. Los estudios señalados han implementado programas que se han centrado, básicamente, en el entrenamiento de habilidades para reducir el malestar emocional (técnicas de relajación, programas psicoeducativos, reestructuración cognitiva de pensamientos relacionados con la enfermedad y sus consecuencias, como más habituales). Sin embargo, ninguno de los trabajos revisados contempla el entrenamiento específico en habilidades de comunicación con el objetivo de reducir la supresión emocional de los pacientes durante el proceso de trasplante (Arranz et al., 2003; Ascencio, 2011; De Linares et al., 2007).

Como ya se ha señalado, autores, como Zozulya et al. (2008), hacen referencia a la supresión emocional como uno de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer y otras enfermedades infecciosas. Por otra parte, la facilitación de la expresión emocional es un recurso terapéutico que se ha estudiado en otras enfermedades de carácter crónico, como la fibromialgia, VIH o el lupus (Benhaim et al., 2013; Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Moiola y Merayo, 2005). En pacientes con cáncer las investigaciones se han centrado en la inhibición de emociones negativas (Charles y Carstensen, 2007; Cools, Roberts y Robbins, 2008), y en los efectos positivos de la expresión emocional escrita sobre la percepción del dolor corporal y el rol social (Suárez y Perez, 2011). Sin embargo, no hemos encontrado trabajos que incorporen este recurso y su entrenamiento en TPH.

Los resultados obtenidos en este estudio tienen importantes implicaciones respecto a la intervención con pacientes que necesitan TPH. Que el entrenamiento en habilidades de expresión emocional haya producido cambios en el Locus de Control de salud, es un resultado interesante puesto que, como refiere la literatura, la forma en que la persona hace frente a la enfermedad, depende de la conciencia que tiene de la misma, de su historia personal, del significado que le dé, de las consecuencias que de ella se deriven y, sobre todo, de los recursos de afrontamiento que pueda poner en marcha ante la situación que le está tocando vivir (Larsen y Buss, 2005).

En el estudio realizado, los pacientes que han recibido el módulo de habilidades de comunicación muestran una mayor capacidad para expresar con menos dificultad sus preocupaciones, los motivos de sus enfados y sus emociones relacionadas con la tristeza, aumentando su comunicación asertiva y mejorando tres de los cinco factores propuestos por Vinaccia (2003) para definir la personalidad Tipo C: control emocional, expresión emocional y represión emocional. Además, el entrenamiento en habilidades de expresión emocional también produce cambios en el Locus de Control de Salud, de manera que se reduce la percepción de que no hay nada que se pueda hacer para mejorar el estado de salud física. Este resultado sugiere que puede constituir un factor protector frente a la agresividad de la intervención y un recurso que permite al paciente tener una posición activa durante el proceso de tratamiento y en el manejo posterior de sus consecuencias. Tras la estancia en aislamiento, los pacientes que han realizado el módulo adicional disminuyen la percepción de que su salud está determinada por factores externos, ajenos a su control, de modo que pueden sentirse más implicados en el seguimiento de las prescripciones médicas necesarias para el proceso de recuperación, además de disminuir la sensación de indefensión frente a la enfermedad. Este resultado no se ha evidenciado en los estudios citados.

Entre las limitaciones de este trabajo podemos señalar el tamaño de la muestra y la reducción de la misma en la segunda evaluación. Estudios futuros deberían ampliar el número de participantes para garantizar la generalización de los resultados. Por otra parte, aunque todos los participantes eran pacientes que pasaron por un proceso de TPH, debería comprobarse si se producen efectos diferenciales del programa en función del diagnóstico (leucemia, linfoma y mieloma) y del tipo específico de trasplante (autólogo y alogénico). Por último, sería necesario realizar estudios de seguimiento para comprobar si los resultados se mantienen a mediano y largo plazo.

Se puede concluir que el entrenamiento en habilidades de comunicación mejora el protocolo de actuación de preparación a TPH. Los resultados obtenidos permiten plantear que este entrenamiento ayuda a los pacientes a afrontar este proceso de una manera más adaptativa y disminuye los efectos negativos derivados de los efectos secundarios de la intervención. La incorporación de este módulo a los programas estándares no supondría ninguna complicación ni costo añadido y supone un beneficio importante para los pacientes.

REFERENCIAS

- Anarte, M., Machado, A., Ruiz de Adana, M. y Caballero, F. (2010). Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con dia-

- betes mellitus tipo 1. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 13-31.
- Arranz, P., Coca C., Bayés, R. y Rincón, C. (2003). Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Psicooncología*, 0(1), 93-105.
- Ascencio, L. (2011). Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(2), 253-263.
- Astudillo, W. y Mendinueta, C. (2008). Necesidades de los enfermos en el final de la vida. En W. Astudillo, C. Mendinueta, y E. Astudillo: *Medicina Paliativa, Cuidados del Enfermo en el final de la Vida y Atención a su Familia* (pp. 112-124). Barañán: EUNSA.
- Benhaim, M., Canella, V., Cavallero, H., Doglia, L., Espósito, M., Hofman, J. y Olivi, J. (2013). Estudio psico-inmunológico y hormonal en pacientes con enfermedades reumáticas (¿autoinmunes?). *Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 2(1), 89-96.
- Bettencourt, B., Talley, A., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S. (2008). Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17(9), 932-939. doi: 10.1002/pon.1315
- Barrioihet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- Brenlla, M. y Vázquez, N. (2010). *Análisis Psicométrico de la adaptación argentina de la escala de Locus de Control de Rotter*. Universidad Católica Argentina, Documento de Trabajo N^º2. Recuperado de <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/DocumentodeTrabajoLocusdeControl.pdf>.
- Cardenal, V., Cerezo, M. V., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M., & Blanca, M. J. (2012). Personality, emotions and coping styles: Predictive value for the evolution of cancer patients. *Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 756-767. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38887
- Carreras, E., Brunet, S., Ortega, J. J., Monserray, E., Sierra, J. y Urbano-Ispizua, A. (2006). *Manual de Trasplante Hemopoyético*. Barcelona: Antares.
- Carreras, E., Rovira, M y Martínez, C. (2010) *Manual de trasplante hematopoyético* (4^a edición). Barcelona: Antares.
- Carrobes, J. A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Charles, S., & Carstensen, L. (2007). Emotion regulation and aging. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. (pp. 112-146). New York: Guilford Press.
- Cohen, M. (2013). The Association of Cancer Patients' Emotional Suppression and Their Self-Rating of Psychological Distress on Short Screening Tools. *Behavioral Medicine*, 39(2), 29-35.
- Contrada, R.J., & Guyll, M. (2001). On who gets sick and why: The role of personality and stress. En A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp: 59-84) Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cools, R., Roberts, A., & Robbins, T. (2008). Serotonergic regulation of emotional and behavioural control processes. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(1), 31-40. doi: 10.1016/j.tics.2007.10.011
- Cruzado, J. A. (2012). Screening del malestar emocional en pacientes de cáncer y sus familiares. *Psicooncología*, 9(2-3), 231-232.
- Cross, M., March, L., Lapsley, H., Byrne, E., & Brooks, P. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, 45(1), 92-96. doi: 10.1093/rheumatology/kei114
- De Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., De Pablos, J. M., López, P., Navarro, P., Almagro, M. y Jurado, M. (2007). Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en un estudio de intervención psicológica. *Psicooncología*, 4(1), 97-109.
- Del Toro, V. R. (2014). El género y sus implicaciones en la disciplina y la práctica psicológica // Gender and its implications for the discipline and psychological practice. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20(1), 168-189.
- Dresch, V., Sánchez-López, M., & Aparicio, M. (2008). Personality styles that either protect or make individual's health more vulnerable in a Portuguese sample. *Social Behavior and Personality*, 36(10), 1411-1422.
- García, E. (2003). Neuropsicología y género. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 86, 2175-2186.
- Gómez, M. y Rodas-Díaz, A. C. (2012). Enfermedad injerto contra huésped. *Revista Científica Dermatología*, 21(3), 104-108.
- Guías Instituto Nacional del Cáncer (2018). "Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ(R))-Versión para profesionales de salud fue publicado originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer, 2009". <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer>
- Holland, J. C. (2003). Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23), 253-265.
- Hernández, M. y Cruzado, J. A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada "fael Burgaleta" 2012. *Clínica y Salud*, 24(1), 1-9.
- Larsen, R. J. y Buss, D. M. (2005). Estrés, afrontamiento, adaptación y salud. En R. J. Larsen, & D. M. Buss, *Psicología de la personalidad* (cap. 18, pp. 566-601). México: McGraw-Hill.
- Leonardo, A. A., Barroeta, G., Castellanos, M., Colmenares, D. y Hernández, N. (2013). Escritura emocional y musicoterapia pasiva: efectos sobre el estrés de las enfermeras psiquiátricas. *Revista Científico Electrónica de Psicología*, 14, 226-250.
- Ljungman, P., Bregni, M., Brune, M., Cornelissen, J., de Witte, T., Dini, G. et al. (2010). Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: current practice in Europe 2009. *Bone Marrow Transplant*, 45(2), 219-234.
- Marrero Quevedo, M. y Carballeira, A. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy Vol 2* (1), 23-39.
- Moioli, B. y Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 476-484.
- Morowatisharifabad, M., Mahmoodabad, S., Baghianimoghadam, M., & Tonekaboni, N. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 30(1), 27-32. doi: 10.4103/0973-3930.60009
- Moshki, M., Ghofranipour, F., Hajizadeh, E., & Azadfallah, P. (2007). Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*, 7, 295-300. doi: 10.1186/1471-2458-7-295
- Muglia-Wechsler, A., Bragado-Álvarez, C. y Hernández-Lloreda, M. J. (2013). Eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas a promover el ajuste de niños con cáncer y de sus padres: una revisión. *Anales de Psicología*, 30(1), 93-103.
- Organización Nacional Trasplantes (ONT). (2012). Memoria. Recuperado de <http://www.ont.es/infesp/Memorias/Forms/AllItems.aspx>.

- Oros, L. (2005). Locus de Control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89-97.
- Pastor, M. A. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: Adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 91-111.
- Pérez, A. M. y Sanjuán, P. (2003). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García y P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la Personalidad*. (Tomo II, cap.21, pp. 343-398). Madrid: UNED.
- Porro, M. L., Andrés, M. L. y Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.
- Rodríguez, M.J., Esteve, R. y López, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Rodríguez Vega, B., Orgaz, P., Bayón, C., Palao, Á., Torres, G., Hospital, A., et al. (2011). Differences in depressed oncologic patients' narratives after receiving two different therapeutic interventions for depression: a qualitative study. *Psycho-oncology*, 21(12), 1292-1298.
- Ruiz-Arguelles, G. J. (2009). Hipoplasias y displasias medulares. En Ruiz-Arguelles, GJ, (Eds.), *Fundamentos de Hematología*. (pp. 117-127). Editorial Médica Panamericana. México City.
- Sandín, B., Chorot, O., Lostao, L., Valiente, R. M. y Santed, M. A. (2001). Predictores psicológicos y sociodemográficos ante la participación en "segundas pruebas" de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 17-35.
- Silva, S. M., Moreira, H. C., & Canavaro, M. C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: The buffering role of posttraumatic growth. *Psychooncology*, 21(4), 409-18.
- Suárez, T. y Pérez, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 9, 284.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo c en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(1), 161-168.
- Wallston, K. (2005). The validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Journal of Health Psychology*, 10, 623-631.
- Wallston, K., Wallston, B., & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Watson, M., & Greer, S. (1998). Personality and coping. En J. C. Holland (Ed.), *Psychooncology* (pp. 91-98). New York: Oxford University Press.
- Yélamos, C. y Fernández, B. (2006). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Rev. Cáncer*, 20(1), 14-21.
- Zozulya, A., Gabaeva, M., Sokolov, O., Surkina, I., & Kost, N. (2008). Personality, Coping Style, and Constitutional Neuroimmunology. *Journal of Immunotoxicology*, 5(2), 221-225.