

Psicoterapia Positiva Grupal en Supervivientes de cáncer.

Autor: Cristian Ochoa Arnedo

To appear in

AUTORES: **Ochoa, C.**

TÍTULO LIBRO: **Counselling y psicoterapia en cáncer**. F. Gil Moncayo (Eds.).CAPITULO: ***Psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer***. REF. REVISTA /LIBRO: Editorial HERDER. FECHA: 2015 CAPITULO 32 PÁG. INICIAL/FINAL: 293-302

Título: Psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer.

35.1. Introducción. En España se estima que hay entre 1.300.000 y 1.700.000 supervivientes de cáncer utilizando criterios médicos muy restrictivos (cinco años de supervivencia libre de enfermedad), es decir más del 50% de todos los pacientes diagnosticados de cáncer(1). Las altas tasas de supervivencia no implican necesariamente un mayor bienestar. En cuanto a la respuesta psicológica a la enfermedad, ser diagnosticado de cáncer genera malestar emocional significativo en un gran número de pacientes (35% a 38%)(2). Hay mucha evidencia de que este malestar emocional se asocia con peor calidad de vida, menor adherencia a los tratamientos oncológicos, a peor supervivencia en general y menor adopción de estilos de vida saludables y peor autocuidado(3–6). Por otro lado, sabemos que conjuntamente con el estrés y el malestar emocional asociado al diagnóstico de cáncer, la enfermedad también puede estimular en los supervivientes el desarrollo de cambios vitales positivos(7–10). A estos cambios vitales positivos en la literatura se les ha denominado principalmente como crecimiento postraumático (CPT)(11), aunque también se han utilizado otros conceptos, como búsqueda de beneficios, o crecimiento asociado al estrés.

35.2. Antecedentes. La Psicoterapia Positiva (PP) en cáncer surge vinculada al importante impulso que la Psicología positiva está teniendo en la última década. El objeto de estudio básico son las bases del bienestar psicológico y de la felicidad así como de las fortalezas y virtudes humanas. La premisa central de la PP es potenciar el foco de la intervención psicológica en los recursos positivos de las personas, como son las emociones positivas, las fortalezas y los significados personales (incluyendo los existenciales y espirituales), además de los síntomas psicopatológicos y el malestar emocional(12,13). En especial, la PP trata de integrar, en un mismo foco de estudio y dentro de un mismo marco de experiencia humana, los aspectos de daño y sufrimiento, con los de crecimiento y desarrollo personal(14). Una de sus asunciones básicas, relevante en cáncer y de clara tradición humanístico-existencial, es que las personas tienen el deseo inherente de crecimiento, plenitud, y felicidad en vez de sólo buscar evitar la miseria, la preocupación o la ansiedad. La psicopatología o el malestar emocional se engendra cuando el crecimiento se frustra. En este capítulo hablaremos de crecimiento o CPT, por ser el término más ampliamente utilizado, para referirnos a estos cambios vitales positivos que se dan en diversos dominios y que suponen cambios básicamente en la forma de: 1) verse a uno mismo (mayor confianza, autoestima y empatía), 2) ver a los demás (relaciones más cercanas e íntimas con mayor facilidad para la comunicación) y 3) en la filosofía de vida o posición existencial (focalización en el momento presente, mayor apreciación por la vida, cambio de prioridades y valores, aumento del interés por cuestiones espirituales, existenciales y por la búsqueda de significado y sentido vital). El objetivo básico de la PP en cáncer será facilitar el CPT en pacientes, cuidadores y otras personas significativas. Los pioneros en crear una guía clínica para la facilitación del crecimiento(15,16), entienden esta propuesta como una nueva perspectiva de abordar los eventos potencialmente traumáticos que puede ser integrada por terapeutas de diferentes orientaciones psicoterapéuticas. Por último, señalar que hay que tener cautela cuando se trabaja en la facilitación del crecimiento con personas que están pasando por una enfermedad grave. Dada la presión social a “estar o mantenerse positivo” ante la adversidad, que algunos han llamado “tiranía del pensamiento positivo”(17), la prescripción activa de los beneficios o cambios positivos ante

una situación adversa pueden ser vistos como invalidantes y generar la inhibición de expresiones de malestar, o generar rabia y alienación social ante una presión que fuerza a que la persona mantenga una actitud impostada de “falsa positividad y bienestar”.

35.3. Procesos, técnicas y tareas. El programa grupal de PP(14) consta de 12 sesiones de frecuencia semanal de 90-120 min. de duración, con dos seguimientos a los 3 y 12 meses de finalizar la fase intensiva de tratamiento psicológico. La composición de los grupos cerrados son de 8-12 mujeres post-tratamiento oncológico (entre 1-3 meses de finalizar tratamiento primario) y libres de enfermedad. Mayoritariamente estos grupos se han realizado con cáncer de mama, pero no únicamente. Este es un momento idóneo para iniciar una tarea psicoterapéutica que favorezca la adaptación psico-social del superviviente en cáncer, ya que el control pasa de los “medicos y el hospital” a la propia persona. Es cuando surgen muchas cuestiones vitales relevantes que se resumen en ese “¿Y ahora qué?”, que la mayoría expresa. El modelo de psicoterapia grupal que seguimos integra principalmente elementos de las orientaciones cognitive-conductual y humanístico-experiencial. Las sesiones se dividen en 4 módulos (ver tabla 1) de diversa duración y con objetivos diferentes, que se adaptan y flexibilizan al ritmo del grupo. El objetivo general de los dos primeros módulos es favorecer los procesos de asimilación de la experiencia oncológica mediante el trabajo con elementos que permitan una mayor regulación emocional y un mejor afrontamiento. Los dos últimos módulos, más extensos, se focalizan en favorecer los procesos de acomodación y transformación personal de la experiencia con la enfermedad.

Fases del proceso terapéutico grupal. Tras sentir amenazada la vida se incrementa de forma exponencial el deseo inherentemente humano de crecimiento, plenitud, y felicidad. Una parte substancial del sufrimiento, malestar emocional y psicopatología en cáncer se engendra por el lógico límite que impone a la vida la muerte, o su expectativa, tras pasar por la enfermedad. Sin embargo, otra parte importante del sufrimiento en el paciente oncológico tiene que ver con que se vea frustrada la enorme y apremiante necesidad de abordar y realizar cambios vitales positivos (crecimiento) que eclosionan tras la conciencia total o parcial de mortalidad. El crecimiento se

facilita ayudando a asimilar lo vivido como algo propio y sobretodo renovando la visión de uno mismo, los otros y el mundo. Esta renovación es especialmente necesaria cuando la visión previa a la enfermedad no es capaz de integrar, o lo hace con demasiado malestar o sufrimiento, la experiencia del cáncer. La mayoría de modelos teóricos sobre crecimiento en la adversidad realizan una distinción útil entre procesos de asimilación y acomodación de la experiencia adversa (ej. Cáncer). En general se trata de distinguir si la persona cambia o no su forma de ver el hecho que ha vivido (ej. “el cáncer es otro bache en la vida”) haciéndola consistente con su forma previa de ver las cosas (asimilación) o la persona cambia su forma de ver las cosas para lograr incorporar la vivencia del hecho (acomodación). Ej. “ahora distingo claramente lo que es importante de lo que es una tontería”. Aunque no supongan dos procesos secuenciales puros, los procesos de asimilación priman en los momentos más inmediatamente posteriores al evento adverso (momento de crisis y post-crisis) y comprenden elementos de expresión, procesamiento y regulación emocional, así como lo que conocemos como estrategias de afrontamiento centradas en el manejo y forma de ver el evento en sí. Las técnicas utilizadas en la psicoterapia positiva que proponemos se ajustan y secuencian acompañándolas a estos procesos de asimilación, propios de las fases iniciales en psicoterapia, para transitar después hacia procesos de acomodación o transformación personal más vinculados a fases intermedias y finales del proceso psicoterapéutico. Diferentes factores asociados a los procesos de asimilación como a los de acomodación se han asociado con el crecimiento personal en situaciones adversas(18) pero muchos autores entienden que el crecimiento verídico, real y actual sólo ocurre a través de la acomodación(8,19), es decir mediante cambios profundos en la visión de uno mismo, los otros y el mundo resultado de la necesidad de elaborar la información traumática que la enfermedad grave y el final de la vida imponen. Es por eso que nuestro programa grupal dedica más sesiones a los procesos de acomodación que a los de asimilación. En los siguientes apartados hablaremos de los objetivos específicos y ejemplificaremos las técnicas y estrategias que facilitan el crecimiento personal dentro de un programa grupal de psicoterapia positiva más amplio (14). Ver tabla 1.

Fases iniciales: Favorecer procesos de asimilación (Módulo 1 y 2):

Módulo 1. Objetivo 1: Promover actitudes en el grupo que faciliten el crecimiento: curiosidad vital, universalidad y apertura al cambio. La curiosidad como actitud vital es uno de los mecanismos de supervivencia que facilita el desarrollo de nuevas capacidades y formas de entender la realidad, y de crecimiento en definitiva. Personas que puntúan elevado en dimensiones de la personalidad como la “Apertura a la experiencia” caracterizadas por ser imaginativas, reactivas emocionalmente e intelectualmente curiosas se ha visto mayor tendencia a experimentar crecimiento (11). Así, las propias intervenciones terapéuticas en el grupo han de tener, un carácter indagatorio de auténtico interés por parte del terapeuta que fomenten en los afectados una apertura y curiosidad vital por sí mismos, por su posición (existencial) en el mundo y su relación con los otros, que contagie al resto de los miembros del grupo a reproducir esta curiosidad recíprocamente entre ellos. Este camino de búsqueda e interrogación en las primeras sesiones pivotan normalmente sobre la cuestión de la identidad personal tras el cáncer: ¿Quién soy tras haber pasado por esto? Facilitar que los diálogos internos (self-dialógico) sobre “el de antes” y “el de ahora” se expliciten y compartan en el grupo es un primer paso en la asimilación de pérdidas. Ayudar a discriminar la influencia que el hecho adverso tiene en la trayectoria vital, suele ser un paso previo para facilitar el crecimiento en cáncer (20). Además, comprobar en las primeras sesiones que en este dilema identitario provocado por la enfermedad hay elementos compartidos por todos los miembros del grupo (emociones, reacciones, relaciones afectadas...), facilita que el terapeuta trabaje la cohesión grupal a partir de uno de los principales factores comunes en terapia grupal: la universalidad. “Todas vamos en el mismo barco”, “No soy la única ni rara por sentirme así”, son expresiones iniciales que indican esta universalidad, caracterizada por este sentimiento de identificación reconfortante con el grupo que surge en las primeras sesiones. De forma paralela, y casi como resultado de esa curiosidad sobre uno mismo tras la enfermedad, es importante explorar cuales son las metacreencias o teorías implícitas sobre la posibilidad de cambio personal y cuales serían los objetivos en el grupo para cada miembro. En este sentido, planteamos preguntas como: ¿Pensáis que: “la gente en

general no cambia” o más bien que “pasar por algo así ha de cambiarte la vida? ¿Cómo sabríamos que el grupo ha sido de utilidad para vosotras? La posición ante estas preguntas o afirmaciones marcarán la motivación inicial para el cambio y afectará a las posibilidades de crecimiento personal.

Objetivo 2: Procesamiento y expresión emocional de emociones con valencia negativa y positiva. La psicoterapia positiva, sobretodo en las fases iniciales del tratamiento, nos la planteamos como una terapia centrada en la emoción. Stanton y cols(21), explican que el afrontamiento focalizado en la emoción consta de dos factores. El primero es el Procesamiento emocional que reflejaría los intentos activos de conocer, explorar y entender las emociones. El segundo sería la Expresión emocional, que serían los esfuerzos activos verbales o no verbales por comunicar o simbolizar la experiencia emocional. Se han encontrado beneficios de la Expresión emocional en pacientes con cáncer de mama al finalizar el tratamiento, en medidas de incremento del vigor, descenso del malestar emocional y mayor calidad de vida cuando se les seguía longitudinalmente(22). Es importante favorecer el procesamiento y expresión emocional en los momentos tempranos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Esta sincronía parece favorecer el realizar cambios vitales positivos. En un estudio longitudinal de 167 mujeres con cáncer de mama y sus parejas, la búsqueda de beneficios en los pacientes fue predicha por la mayor expresión emocional de los pacientes y sus parejas, en el momento inicial, mientras que la búsqueda de beneficios de la pareja fue predicha por el mayor uso de la pareja de procesamiento emocional en el momento inicial(23). Las técnicas en el trabajo con emociones tanto negativas como positivas para favorecer su procesamiento emocional son variadas. En general, nos resulta útil distinguir entre las que favorecen la toma de conciencia (principalmente somatosensorial), las que favorecen su simbolización y las que ayudan a resignificarlas y regularlas (estas últimas se trabajan también en el módulo 2). En Ochoa y cols (14) pueden encontrar ejemplos prácticos. Al no ser recursos más específicos de la PP, sino de la psicoterapia en general, no los detallaremos en este capítulo.

Módulo 2. Regulación emocional y afrontamiento. En las primeras sesiones el trabajo grupal se centra principalmente en las emociones negativas (tristeza,

miedo, rabia y culpa) ya que el dar testimonio en grupo acostumbra a convertirse en una sala de espejos que amplifica y actualiza el dolor de la experiencia con la enfermedad. El objetivo del trabajo con estas emociones negativas y las positivas se centrará básicamente en hacer emerger la función que pueden estar cumpliendo las emociones en la regulación y afrontamiento psicosocial de los miembros del grupo. En la versión inicial del programa al avanzar en las sesiones iniciales (2ª-4ª) fuimos introduciendo intervenciones de manejo sintomático cognitivo-conductual que facilitan una regulación emocional(14). Actualmente estas intervenciones las contemplamos como opcionales y solo las indicamos en grupos con niveles muy elevados de estos síntomas, que estén generando por sí mismos una grave alteración del funcionamiento psicosocial. En este capítulo no explicaremos tampoco estas técnicas, ya que nos centraremos en las intervenciones más propias de la PP que facilitan esta regulación emocional y afrontamiento iniciales y que son: *1)Balance, conciencia y resignificación emocional*. Tras las primeras intervenciones que actualizan principalmente el malestar emocional, se avanza con el objetivo de establecer un balance emocional. Esto significa explorar no sólo las emociones negativas (tristeza, ansiedad...) sino también dar cabida al reconocimiento y trabajo terapéutico con emociones positivas. Nos referimos a no sólo preguntar sobre cómo le ha afectado el paso por la enfermedad y sus consecuencias, sino que cosas han hecho y hacen para sobrevivir, resistir o sobreponerse. Se trabaja con la idea de considerar que la persona es el experto en su experiencia y que la toma de conciencia de lo realizado para adaptarse aunque no se haya conseguido totalmente, ayuda a apropiarse de la experiencia, facilitando una posición de observador-protagonista. Durante las intervenciones de los diferentes miembros del grupo se aconseja señalar o realizar pequeñas indicaciones sobre la presencia actual de emociones positivas. Por ejemplo a través de aumentar la conciencia somática de la mismas, tratando de que se pueda nominalizar o simbolizar. El señalar a los pacientes esos momentos en los que emociones positivas aparecen es importante durante todo el proceso de terapia grupal, pero cobra más valor en los momentos iniciales para amortiguar el malestar emocional que desatan los primeros testimonios en grupo. Puede consultarse un ejemplo comentado en Ochoa y cols (14). Otro elemento que facilita la regulación emocional en las

fases iniciales del grupo es facilitar una explicación adaptativa de los síntomas de malestar emocional (ej. estrés postraumático) que provoca el hecho favoreciendo que se puedan reconceptualizar desde una óptica positiva (14,24). Utilizar un lenguaje sugeridor y provisional que no se viva como una interpretación sino como una visión alternativa. Ej. Pepi hace una semana que se aísla, se siente irritable y enfadada con su entorno. No participa en el grupo hasta el final de la sesión. Además, refiere que había pensado no venir al grupo hoy porque no se encuentra bien ni con ganas de hablar. -Terapeuta: “Nos comentas que te encuentras irritable, como enfadada con el mundo. Parece como si no estuvieras disponible para nadie, como si esa irritabilidad te ayudara a mantener a la gente a distancia, permitiéndote así no tener que dar demasiadas explicaciones sobre algo que ni siquiera tu entiendes aún. De hecho, incluso te habías planteado el no venir al grupo como otra forma de alejarte también de nosotros. Es como si necesitarás tiempo y mantener cierta distancia antes de dar explicaciones. El problema es que si se mantiene mucho esta distancia en el tiempo parece que hay el riesgo de que esas relaciones queden afectadas, como quizás también tu participación en el grupo, sino hubieras venido. Sin embargo, hoy has decidido participar antes de irte. ¿Crees que puede ser una señal de que empiezas a estar más disponible para hablar?”

2) *Trabajo con fortalezas.* Señalar elementos positivos en el afrontamiento de adversidades que han podido pasar por alto los afectados y que reflejan una cualidad o fortaleza subyacente (25). Posteriormente utilizar la fortaleza detectada como una vía para promover un cambio o afrontamiento alternativo. Ej. “Comentas que no consigues mantener el interés por nada desde que acabaste los tratamientos, pero veo que continuas peleándote con tu hijo para que haga los deberes y que sacas a pasear a tu madre a diario. ¿Esa perseverancia e interés que demuestras por conseguir que tu hijo estudie y por sacar a pasear a tu madre podría sernos de ayuda en algún otro problema de los que estamos tratando? ¿Qué haría una persona perseverante para seguir implicada e interesada en su día a día?”

3) *Memorias de éxito en el afrontamiento de otros hechos adversos.* Preguntar sobre situaciones del pasado que resuenen emocionalmente con la actual. Ej.

“¿Os habíais sentido así alguna vez en el pasado?”. Puede ayudar a establecer paralelismos con situaciones del pasado de las que poder extraer aprendizajes ya sea porque se vivan como similares emocionalmente o porque se este reaccionando o afrontándolas de forma similar. En especial desde una óptica positiva, suelen ser más útiles las que se recuerdan cómo éxitos de afrontamiento. “¿Cómo conseguisteis sobreponeros? ¿Qué fue de ayuda?”

4) *Horizontes de cambio positivo*. Detectar los signos de mejora y establecer horizontes de cambio positivo, se puede conseguir señalando los pequeños signos de cambio o mejoría que puedan indicar y promover el que una recuperación sea posible(25). No de la enfermedad sino del síntoma psicológico que nos parezca más reversible. ¿Cómo podríamos saber que empezáis a encontraros algo mejor? ¿Quién sería la primera persona en darse cuenta? ¿Cómo notaría esa persona vuestro cambio?

Fases intermedias y finales: Acomodación de la experiencia; el cáncer como experiencia de crecimiento

Módulo 3: Facilitación del Crecimiento.

1) *Dar significado a la experiencia*. En su revisión sobre como la dotación de significado facilita la adaptación en situaciones estresantes, Park(26) sintetiza el concepto de significado en su función más básica: “el significado conecta cosas”. En toda experiencia de crecimiento tras un hecho adverso hay un cambio en la dotación de significados, en como se conectan los elementos vitalmente significativos. En el intento de dar continuidad y coherencia vital a la experiencia, surgen en los supervivientes las narrativas de búsqueda de nuevos significados que tratan de integrar y dar respuesta a hechos que la enfermedad ha cuestionado, y que para muchos son la esencia del crecimiento postraumático. Algunas búsquedas se plantean en forma de preguntas como: “¿Qué es ahora prioritario? ¿Quién ha estado cerca de mi en la enfermedad y ha sintonizado con mis nuevas inquietudes y dificultades? “Conocemos bastante sobre como la dotación y atribución de significados en experiencias estresantes puede abocar al malestar emocional y al sufrimiento. La enfermedad, en estos casos, puede significarse como un final lógico para una vida infeliz o desgraciada, actualizando otros hechos negativos que sintonicen

con el malestar emocional que el cáncer genera y perpetuando así una visión de sí mismo, el mundo o los otros negativa. En este apartado, abordaremos dos estrategias que persiguen lo contrario, es decir, facilitar procesos de dotación de significado explorando una visión alternativa, constructiva y transformadora de la vivencia de los hechos que la enfermedad ha podido hacer resonar. 1.1) *Pauta personal de realización*. En psicoterapia, estamos acostumbrados a establecer conexiones entre los hechos, las personas y las emociones experimentadas en busca de patrones problemáticos que doten de sentido al sufrimiento o malestar. A eso lo llamamos pauta problema. Sin embargo los psicoterapeutas no estamos tan acostumbrados a establecer formalmente conexiones entre aquello que se repite de forma satisfactoria generando sentido, realización y propósito en la vida. A estas conexiones vitalmente significativas entre el pasado-presente-futuro realizadas con una mirada positiva es lo que llamamos “pauta personal de realización”(14,27). La búsqueda de estas pautas se puede preguntar directamente: ¿Qué elementos han marcado positivamente tu trayectoria vital? Sin embargo, el poder terapéutico reside en conseguir lograr un “insight” (conciencia), es decir, lograr que se coconstruyan elementos de realización personal y facilitar la generación o descubrimiento de esa pauta personal o hilo conductor que dote de significado y sentido a la experiencia. Las pautas personales de realización más fáciles de establecer en cáncer son las que corresponden con anclajes significativos que ayudan a mantener un sentido de continuidad mejorada después de la enfermedad (la familia que ha estado ahí, la pareja que me ha seguido haciendo sentir querida, los hobbies que me hacen sentir útil y válido...). Un ejemplo se puede encontrar en Ochoa y cols (14). 1.2) *Memorias autobiográficas positivas (MAP)*. El papel de los recuerdos traumáticos en el tratamiento psicológico de los síntomas de estrés posttraumático ha sido objeto de mucha investigación(28). Sin embargo, solo recientemente empezamos a tener datos sobre la capacidad terapéutica de hacer aflorar o actualizar memorias autobiográficas positivas (MAP). De este modo, favorecer la actualización de recuerdos ya sea por escrito o por imaginación guiada de episodios autobiográficos positivos(14,29), aunque inicialmente puede hacer tomar conciencia de lo perdido o pasado, también genera reexperimentación de sensaciones agradables, realización autobiográfica personal y relacional,

sentido de progreso o plenitud y probablemente crecimiento personal. Otro efecto terapéutico añadido de las MAP, es que la actualización de un recuerdo positivo hace más probable que se repita o active conductualmente la experiencia recordada o similares(30). En cáncer, hacer aflorar recuerdos autobiográficos positivos puede ayudar a querer reencontrarse con lugares del pasado (el pueblo donde me crié), con personas significativas y con un sentido de identidad esencial que la enfermedad no ha podido hacer desaparecer. Normalmente entre la 6ª y 7ª sesión del programa de PP es cuando planteamos un ejercicio de MAP. Normalmente lo planteamos en imaginación guiada y en tres pasos: 1º recuperar y experimentar en imaginación un episodio antes de la enfermedad donde se sintieran especialmente bien, donde sintieran alguna de las sensaciones que ahora echan a faltar (libertad, tranquilidad, fortaleza...). 2º) Abren los ojos y ya conscientes comentan el episodio. Luego, exploramos en que medida esas sensaciones están ahora en el presente y de qué manera. 3º) ¿Cómo podríamos recuperar en el futuro unas sensaciones similares? Así, iniciamos una intervención basada en la esperanza mediante: el establecimiento de metas, el desarrollo de habilidades para encontrar vías o itinerarios para su obtención y la automotivación para el logro.

Ej. Laura, una paciente del grupo con rasgos dependientes de la personalidad en la que tras la enfermedad se han agudizado sus sentimientos de vulnerabilidad y dependencia hacia su marido, hermanas y amigas, explica tras el ejercicio MAP grupal: “Me he imaginado en lo alto de las escaleras del avión que me llevó a Formentera hace 20 años. Allí de pie, sola, mirando al horizonte... Llegaba a un lugar donde no conocía a nadie, ni había estado antes, con mi maleta, sin trabajo..., pero cargada de ilusión y ganas por descubrir cosas... ¡Me sentía libre! Laura, aún mantenía estas sensaciones cuando iba a nadar al mar o andar a la montaña con una amiga que era escaladora, pero siempre de forma pasiva esperaba a que se lo propusieran. En el grupo se propuso hacer un viaje de fin de semana con otra amiga que era algo temerosa como ella, pero a la que le gustaba el mar. El viaje fue un éxito. Al final del grupo consiguió coger un avión sola a Formentera para ver a aquellos viejos amigos, pudiendo actualizar recuerdos y reforzar la visión de autonomía y fortaleza que allí tenían de ella y que ella también pudo rescatar.

2) *Crecimiento relacional*. Uno de los indicadores clínicos de mejora en salud mental y de crecimiento personal es la capacidad de trascender el propio “ego”(31). El crecimiento relacional tiene que ver con el descentramiento de uno mismo, la capacidad para interesarse, preocuparse y comprometerse con otros, y en un sentido más afectivo, de amar y ser amado. Todos estos elementos constituyen elementos clave para facilitar el crecimiento personal en cáncer. Si el profundo deseo de relacionarnos constituye uno de los pilares de nuestra vida, entonces hemos de pensar que el crecimiento personal pasa por una optimización, profundización o desarrollo de nuestras relaciones personales y de nuestra capacidad de conectar con los otros. Los efectos y ramificaciones del trauma y el crecimiento tras una enfermedad no están limitados únicamente a los supervivientes sino que también afectan a aquellos que rodean, ayudan o presencian el sufrimiento del superviviente. Afecta a sus seres queridos. De hecho, una revisión reciente en supervivientes de cáncer y sus otros significativos(38) parece indicar que el crecimiento personal en los otros significativos de un paciente con cáncer es una experiencia vicaria, que se contagia y está íntimamente ligada al crecimiento del superviviente. A continuación enumeraremos algunos elementos terapéuticos que clínicamente se han asociado al crecimiento relacional: 2.1) *Fomentar o despertar el interés por los otros*. En terapia hay múltiples intervenciones que pretenden aflorar mejoras en la comunicación y relación con los otros en busca de un crecimiento personal/relacional, especialmente en los formatos de pareja, familia y grupos. Son habituales intervenciones que tratan de favorecer ponerse en el lugar del otro, cambiar de roles o preguntas circulares. En general, todas estas intervenciones comparten el facilitar que la persona desarrolle algún tipo de conciencia empática o relacional (especialmente hacia las personas significativas). Su objetivo es experimentar de forma vicaria las emociones del otro, sus intenciones, entender sus limitaciones, descubrir la influencia o responsabilidad propia en las interacciones, ser consciente de las propias necesidades y de saber comunicarlas, etc...En el grupo de PP solemos utilizar la tarea del antropólogo(32) para facilitar este descentramiento y fomentar el interés por los otros tras la enfermedad. “Dedica las siguientes semanas a realizar una verdadera “investigación antropológica” sobre las personas que te rodean. Elige de 1 a 3 personas en las que interesarte. Pueden vivir contigo o

ser alguien con quien tengas un contacto frecuente. Ellos no deben saber que estás haciendo este ejercicio. Anota cada día por la noche un informe de ellos aunque sea una línea haciéndote alguna de estas preguntas: ¿Qué es lo que les hace sufrir o preocuparse? ¿Qué cosas les hacen sonreír? ¿Qué temas o actividades te ayudan a acceder (hablar, compartir) a él o ella?”. Este ejercicio ayuda a que los supervivientes que están muy absorbidos por sus problemas y exclusivamente centrados en su malestar, se distraigan y descentren de sí mismos. Se promueve así que amplíen su perspectiva y fortalezcan su red social.

2.2) *Modelos positivos en la adversidad.* Son habituales en los seres queridos que acompañan a los afectados de un cáncer frases del tipo: “no puedo verla así de mal”, “si ella está bien, yo estoy bien”, “ha sido un ejemplo de superación para todos”. También a la inversa el afectado dice: “no podía fallarles, ellos han pasado tanto y nunca se quejaron”, “mi padre (fallecido) entendería que estuviera triste, pero no me perdonaría tirar la toalla” y “noto que todos, mi familia, también han aprendido y cambiado, con mi enfermedad”. Todas estas frases reflejan esa tendencia a buscar referentes significativos, a influirse y contagiarse mutuamente. También nos indica cómo la visión de unos y otros refleja y corrobora los cambios que se dan tras una enfermedad grave. Los modelos positivos pueden ser: otras personas que han pasado una enfermedad, personas significativas o uno mismo como modelo para los otros.

2.3) *Agradecimiento y perdón.* Las enfermedades graves y crónicas ponen a prueba especialmente la calidad de las relaciones interpersonales y como quedan estas transacciones personales entre lo dado y recibido. Es común en estos casos que la persona afectada realice un proceso de selección entre los que estuvieron a su lado y le apoyaron, y los que le fallaron o decepcionaron. Las intervenciones centradas en el agradecimiento y el perdón tratan de significar y explicitar este proceso interpersonal de evaluación y posible fortalecimiento o reparación de las relaciones, respectivamente. De forma muy sintética, las intervenciones basadas en el agradecimiento se basan en facilitar la toma de conciencia de haber recibido algo positivo, que ese algo provenía de una fuente externa a uno mismo (generalmente otra persona) y explorar las posibilidades de explicitarlo o reconocerlo (cartas de agradecimiento, reconocimiento público...). Una posible pregunta que abriría esta temática sería: “Antes y después de la enfermedad hay cosas en vuestras vidas por las

que sentirnos agradecidos. Os pido que durante la siguiente semana anotéis cada día una cosa por la que os sintáis agradecidos“. Por otro lado, las intervenciones basadas en el perdón suelen ser complejas. Hay que partir de la idea de que es un derecho de la persona agraviada (o víctima) el perdonar, y que la mera insinuación o presión por un terapeuta puede ser moralizante e incluso retraumatizante. El trabajo con el perdón lo planteamos a través de esta tarea: “Antes y después de la enfermedad hay cosas en nuestras vidas que son difíciles de perdonar. Algunas ya están perdonadas, olvidadas o ya no son importantes, pero otras persisten aún en vuestra cabeza con preocupación, rencor o rabia. Os pido que para la semana siguiente anotéis entre 1 y 3 cosas que os gustaría poder perdonar“. Nuestra intervención en cáncer recoge algunos elementos comunes a las intervenciones centradas en el perdón (14,33) que son: 1) favorecer la empatía con el agresor, 2) El reconocimiento de las faltas propias y defectos, 3) Valorar el tipo de atribución y conducta del agresor, tratando de explorar si es posible reducir la percepción del locus de control (intencionalidad) que se tiene de la agresión y 4) Reducir la rumiación sobre la agresión recibida ya que favorece la venganza y reduce la posibilidad de perdón.

Modulo 4: Aspectos existenciales, espirituales y terminación del grupo

4.1) *Anticipar la recaída y aumento de la conciencia de mortalidad y transitoriedad.* Dejando de lado las creencias religiosas o espirituales de cada cual, una enfermedad grave pone en contacto con emociones primitivas, que se enraizan con la propia existencia, con el sentido de la vida, de nuestra vida. Se puede experimentar una crisis de conocimiento, es decir, la toma de conciencia de nuestra propia mortalidad, que se asocia con aspectos diversos como el de ser impermanentes desde un punto de vista material o el de la transitoriedad de todo. Puede emerger, entonces, en el superviviente de cáncer una inquietud esencial que favorece la búsqueda de respuestas a preocupaciones existenciales y espirituales. El cáncer confronta a estos datos problemáticos de nuestra existencia que aluden a cuestiones trascendentes como son: la muerte, la libertad, la soledad y el sin sentido(34). Así, el crecimiento en la enfermedad también se entiende como un posicionamiento existencial diferente, que emerge de una mayor conciencia, claridad y

profundización en torno a estas preocupaciones existenciales. La pregunta que inicia un punto de inflexión para abordar los temas existenciales a un nivel más profundo en el grupo surge del *anticipar la posibilidad de recaída en la enfermedad*. “¿Cómo creéis que afrontaríais una recaída de la enfermedad?” La respuesta más frecuente es la preocupación por perder a los seres queridos. Otras tienen que ver con: miedo a sufrir, al deterioro, a la pérdida de autonomía o a ser una carga para los otros, entre otras. Algunos temas de especial interés en el abordaje existencial del grupo que hemos abordado de forma más sistemática son:

4.2) *Abordar la anestesia emocional y existencial*. Es frecuente en los grupos escuchar narrativas de vacío o anestesia existencial mostradas mediante expresiones de desilusión, indefensión y sensación de “vivir porque toca”, sin esperar ya nada bueno. En los grupos solemos decir (14):

“Hay personas que tras la enfermedad ya no se ilusionan, no disfrutan de nada, es cómo si se dejaran ir... Algunas es como si nos estuvieran diciendo: Como no puedo controlar ni predecir que la enfermedad vuelva, más vale vivir sin ilusión, como preparándome para el siguiente palo, recaída o la propia muerte . Es casi como “morir en vida”... . Incluso algunas personas se distancian afectivamente de sus seres queridos en un intento desesperado de prepararles para cuando no estén. A veces pareciera que pensarán: “Si consigo que no me quieran quizás lleven mejor mi pérdida. Los familiares cuando les preguntamos sobre esto, en cambio, acostumbran a pensar lo contrario...”. Esta intervención estratégica utilizada en el momento adecuado puede hacer reaccionar a algunos miembros del grupo ante la imagen que esta intervención les puede devolver de sí mismos. Yalom (35) utiliza una frase de Otto Rank para explicar este fenómeno: “algunos rechazan el préstamo de la vida para evitar estar en deuda con la muerte”.

4.3) *Trascendencia: trabajar con valores, legado y posibilidad de posicionarse como modelo al final de la vida*. Anticipar la recaída también abre la posibilidad de abordar temas asociados a la trascendencia y que se guían con preguntas del tipo: “¿Cómo quisierais que ellos os recordaran si eso pasara (la muerte)? ¿Qué valores quisierais transmitirles incluso en esa situación o antes de que

llegara?” Preguntas de este estilo tratan de favorecer la transmisión de valores intergeneracional, el legado a los seres querido, y el situarse como modelo para los suyos como forma de trascendencia.

4.4) El arrepentimiento como vía constructiva. De un modo similar al apartado anterior utilizamos el arrepentimiento. El arrepentirse de cosas del pasado muchas veces no suele ser constructivo, pero si lo puede ser cuando se anticipa en el futuro tratando de movilizar el cambio. “¿Cómo os gustaría vivir y recordar este periodo previo a esa recaída temida? ¿De qué cosas no os quisierais arrepentir al mirar hacía atrás si llegará esa situación?”

4.5) Carta de despedida. La carta de despedida se plantea como instrumento para reflejar los posibles aprendizajes y reflexiones surgidos del paso por el grupo y que prepara el camino a los seguimientos posteriores (a los 3 y 12 meses de acabar el grupo). Aunque dejamos libertad, les damos una cierta guía de lo que podría ser interesante que se dijera en la carta: “¿Qué ha supuesto para ti participar en este grupo? ¿Qué cosas aún me quedan pendientes de realizar ahora que se acaba el grupo?” (retos post-grupo).

35.4 Evidencia de la eficacia. Varios meta-análisis recientes muestran una relación consistente entre variables relacionadas con el bienestar psicológico (emociones positivas, crecimiento o búsqueda de beneficios) y resultados asociados con la salud como la mortalidad, indicadores físicos de salud o el grado de recuperación en enfermedades físicas (36). Así mismo, los resultados globales de los meta-análisis realizados en pacientes con cáncer muestran que los pacientes que experimentan CPT se adaptan mejor tras la enfermedad, mostrando una mejor salud mental, así como con un mejor estado subjetivo de salud física (9,37). En concreto se ha visto que el CPT en cáncer se asociaba con menor malestar emocional y sintomatología postraumática(9). El hecho de que haya una asociación entre altos niveles de estrés postraumático y pérdida de la calidad vida en pacientes con cáncer (38), y que está perdida quede amortiguada cuando se experimenta CPT(39), hace pensar que el crecimiento pueda ser una vía terapéutica a potenciar para facilitar la calidad de vida en supervivientes. El CPT también se ha asociado con más conductas salutogénicas(40) en la supervivencia. Por ejemplo, se ha relacionado el

crecimiento con una mayor adherencia a los controles rutinarios de vigilancia en mujeres con cáncer de mama(41). El valor adaptativo del crecimiento en cáncer no hay que entenderlo en relación a la ausencia de malestar emocional, sino a una forma de canalizarlo, metabolizarlo y amortiguarlo(12).

En cuanto a las intervenciones positivas en diversos problemas clínicos los estudios metaanalíticos muestran que son efectivas(42,43), aunque se requieren más estudios que empleen mejores grupos control, y seguimientos más largos(42). Una reciente revisión sistemática(44) sobre intervenciones basadas en la psicología positiva para supervivientes de cáncer de mama, concluye que estas intervenciones son capaces de aumentar la calidad de vida, el bienestar, el crecimiento posttraumático, la esperanza, el significado, la felicidad, el optimismo, la satisfacción vital y la búsqueda de beneficios.

Sobre la base de una amplia investigación y revisión de la literatura sobre el trauma y el proceso de crecimiento tras pasar por un cáncer (Sumalla et al., 2009), la Psicoterapia positiva (PP) fue diseñada para complementar y mejorar los tratamientos psicológicos más clásicos, focalizados en el manejo del estrés, mediante la facilitación de cambios vitales positivos (crecimiento)(14). La PP es un programa diseñado para tratar a los supervivientes de cáncer con problemas moderados o graves de adaptación tras haber finalizado los tratamientos oncológicos. El programa ya ha sido evaluado y mostrado su eficacia especialmente en pacientes con cáncer de mama primario. La PP ha demostrado su eficacia en la reducción de malestar emocional, estrés post-traumático y en la facilitación del CPT (14,45,46) comparada con un grupo de lista de espera y con otra terapia cognitivo-conductual de manejo de estrés (47), de eficacia probada para la mejora en la adaptación psicosocial(48). Además, en las comparaciones a los tres y doce meses de seguimiento la PP es superior a la terapia cognitivo-conductual de manejo estrés en: la reducción de malestar emocional, del estrés post-traumático y en la facilitación de crecimiento post-traumático (46).

35.5.Resumen. La Psicoterapia Positiva en grupo se plantea desde el inicio como un laboratorio más seguro donde facilitar los posibles cambios vitales (crecimiento) que la enfermedad ha podido hacer eclosionar, conjuntamente

con el malestar emocional y el sufrimiento. Ambos, necesidad de cambio y malestar emocional, señalan la necesidad de ayuda y de integrar esta experiencia. El grupo como marco de experiencia colectiva ante una enfermedad grave, pretende ser un facilitador e impulsor de este proceso de cambio identitario que trae a la inmensa mayoría de supervivientes con dificultades moderadas o graves de adaptación a pedir ayuda. Las técnicas y estrategias propuestas comparten este nuevo enfoque de facilitación del cambio desde el fomento de lo “positivo”, que está demostrando resultados esperanzadores, especialmente en enfermedades graves como el cáncer.

35.6. Bibliografía recomendada

1. Francisci S, Capocaccia R, Grande E, Santaquilani M, Simonetti A, Allemani C, et al. The cure of cancer: a European perspective. *Eur. J. Cancer.* 2009;45(6):1067–79.
2. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of Psycho-Oncologic Interventions on Emotional Distress and Quality of Life in Adult Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Clin. Oncol.* 2013 Feb 20;31 (6):782–93.
3. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;110(1):9–17.
4. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch. Intern. Med. Am Med Assoc;* 2000;160(14):2101–7.
5. Honda K, Goodwin RD, Neugut AI. The associations between psychological distress and cancer prevention practices. *Cancer Detect. Prev.* 2005;29(1):25–36.
6. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KMS, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in

- patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. *J. Clin. Oncol.* 2011;29(4):413–20.
7. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Heal. Psychol. Off. J. Div. Heal. Psychol. Am. Psychol. Assoc.*American Psychological Association; 2001;20(3):176–85.
 8. Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion? *Clin. Psychol. Rev.* 2009;29(1):24–33.
 9. Sawyer A, Ayers S, Field AP. Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2010;30(4):436–47.
 10. Ochoa C, Castejon V, Sumalla EC, Blanco I. Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario? *Ter. psicológica* . 2013;31(1):81–92.
 11. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J. Trauma. Stress.* 1996;9(3):455–71.
 12. Ochoa C. Psicoterapia positiva al final de la vida. In: Mate J, Barbero J, Mateo D, editors. *Manual de Intervención Psicosocial al Final la vida*. 1ª edición. Barcelona: En prensa; 2014.
 13. Rashid, T., & Seligman M. Positive Psychotherapy. In: R.J. Corsini & D. Wedding, editor. *Current Psychotherapies*. 10th Editi. Belmont: CA: Cengage; 2013. p. 461–98.
 14. Ochoa C, Sumalla EC, Maté J, Castejón V, Rodríguez A, Blanco I, et al. Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*.2010;7(1):7–34.
 15. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Posttraumatic growth in clinical practice*. New York. Routledge/Taylor & Francis Group; 2013.

16. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide.. Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1999.
17. Held BS. The tyranny of the positive attitude in America: observation and speculation. *J. Clin. Psychol.* 2002;58(9):965–91.
18. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clin. Psychol. Rev.* 2006;26(5):626–53.
19. Joseph S, Linley PA. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clin. Psychol. Rev;* 2006;26(8):1041–53.
20. Cordova M. Facilitating posttraumatic growth following cancer. In: Joseph S, Linley PA, editors. *Trauma, Recover. Growth Posit. Psychol. Perspect. Posttraumatic Stress.* John Wiley & Sons; 2008. p. 185–206.
21. Stanton AL, Kirk SB, Cameron CL, Danoff-Burg S. Coping through emotional approach: scale construction and validation. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2000;78(6):1150–69.
22. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000;68(5):875–82.
23. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom. Med.* 2004;66(3):442–54.
24. Pérez-Sales P. *Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora.* Bilbao: Desclee de Brower; 2006.
25. Pérez-Sales P. Psicoterapia positiva en situaciones adversas. In: Vázquez C, Hervas G, editor. *Psicología Positiva Aplicada.* 1ª ed. Bilbao: Desclee de Brower; 2008. p. 155–90.

26. Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychol. Bull.* 2010;136(2):257–301.
27. Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Ochoa C. Posttraumatic growth: challenges from a cross-cultural viewpoint. In: Ruini GAF and C, editor. *Increasing Psychol. well-being across Cult.* New York, NY: SPRINGER; In press.
28. Leskin GA, Kaloupek DG, Keane TM. Treatment for traumatic memories: review and recommendations. *Clin. Psychol. Rev.* 1998;18(8):983–1001.
29. Serrano JP, Latorre JM, Gatz M, Montanes J. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychol. Aging.* 2004 p. 270–7.
30. Wirtz D, Kruger J, Scollon CN, Diener E. What to do on spring break? *Psychol. Sci;* 2003;14(5):520–4.
31. Joseph S. What doesn't kill us. The new psychology of posttraumatic growth. Joseph S, editor. London: Hachette Digital; 2011.
32. Nardone G, Verbitz T, Milanese R. *Las prisiones de la comida.* Barcelona: Herder; 1999.
33. Worthington EL, Scherer M. Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychol. Health.* 2004. p. 385–405.
34. Yalom I. *Psicoterapia existencial y Terapia de grupo.* Barcelona: Paidós Ibérica; 2000.
35. Yalom I. *Mirando al sol.* 1ª edición. Buenos Aires: emecé; 2008.
36. Vázquez C. La psicología positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo.* 2013;34(2):91–115.

37. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2006;74(5):797–816.
38. Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995;63(6):981–6.
39. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC, Lillie SE, Dees EC, Carey LA, et al. The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology.* 2006;17(9):1093–8.
40. J.Milam. Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *J. Appl. Soc. Psychol.* 2004;34(11):2353–76.
41. 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. *Heal. Psychol. Off. J. Div. Heal. Psychol. Am. Psychol. Assoc. American Psychological Association;* 2003;22(5):487–97.
42. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health;* 2013;13(1):119.
43. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J. Clin. Psychol.* 2009;65(5):467–87.
44. Casellas-Grau A, Font A, Vives J. Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psychooncology.* 2013
45. Ochoa C. Psicoterapia positiva grupal en supervivientes de cáncer: eficacia en la reducción de malestar emocional y en la facilitación de

Crecimiento Postraumático. . IV Congr. Nac. la Soc. Española Psicooncología. Barcelona. Comun. oral. 2009.

46. Cristian Ochoa. Psicoterapia positiva grupal en cáncer: la facilitación del crecimiento como vía terapéutica. I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicología positiva. Symposium 2.1.; 2012. p. 17.
47. Antoni MH. Stress Management Intervention for Women with Breast Cancer. Washington, DC: American Psychological Association Press; 2003.
48. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, et al. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am. J. Psychiatry.* 2006;163

FASES INICIALES: FAVORECER PROCESOS ASIMILACIÓN			
Módulo	Sesión	Objetivo	Elementos terapéuticos
1	1 y 2	1. Promover actitudes que facilitan el crecimiento en la enfermedad 2. Favorecer Expresión/Procesamiento emocional	1. Promover Curiosidad vital, universalidad grupal y apertura al cambio 2. Trabajo con emociones negativas y positivas: conciencia somática, simbolización y resignificación emocional adaptativa
2	3 y 5	Regulación emocional y Afrontamiento	Opcional: entrenamiento en el manejo sintomático cognitivo-conductual: relajación/ Imaginería guiada, control de la ira-irritabilidad, afrontar la evitación y normas de higiene del sueño. 1) Balance, conciencia y resignificación emocional 2) Trabajo con fortalezas 3) Memorias de éxito en el afrontamiento de otros hechos adversos 4) Horizontes de cambio positivo
FASES INTERMEDIAS Y FINALES: FAVORECER PROCESOS DE ACOMODACIÓN			
3	6 - 9	Facilitación del Crecimiento Postraumático	1) Dar significado a la experiencia: Pauta personal de realización, Trabajo con Memorias autobiográficas positivas e intervenciones basadas en la esperanza. 2) Crecimiento relacional: Fomentar o despertar el interés por los otros, modelos positivos en la adversidad e intervenciones basadas en el agradecimiento y perdón. 3) Fomento de Estilos de vida Saludable
4	10-12	1. Aspectos existenciales y espirituales 2. Terminación del grupo	1) Anticipar recaída y aumento de conciencia mortalidad y transitoriedad 2) Abordar la anestesia emocional. 3) Trascendencia 4) El arrepentimiento como vía constructiva 5) Carta de despedida

Tabla 1: Psicoterapia positiva Grupal en supervivientes: Fases, procesos, objetivos y elementos terapéuticos