

Diseño de un modelo de intervención psicooncológica para el peridiagnóstico: Estudio piloto con adultos

Mariano Demateis, Darío Llull y Claudia Castañeiras

Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Design of a psycho-oncological intervention model for peri-diagnosis: A pilot study with adults

Abstract: The comprehensive care of cancer patients in the public health setting requires focused and protocolized interventions that are brief and efficient. This study shows the development of a 4-session psycho-oncological intervention model for peri-diagnosis. Its structure and content aims to facilitate adaptation to the disease in the first stage of the oncological course by intervening in the emotional symptomatology and in the patient's understanding of cancer. The intervention was applied to 15 patients, assessing its effect on emotional activation (EA), illness representation (IR), and adjustment to cancer (assessed by the mini-MAC). Statistically significant differences were found for EA, IR and the anxious worry scale of the mini-MAC. The results provide preliminary evidence for the clinical utility of the intervention in promoting psychological adjustment in the peri-diagnostic phase of the cancer course.

Keywords: Psycho-oncology; peri-diagnostic; emotional activation; illness representation; psychological intervention; anxious preoccupation; adjustment to cancer.

Resumen: La atención integral del paciente oncológico en el ámbito sanitario público requiere de intervenciones focalizadas y protocolizadas, que resulten breves y eficientes. En este estudio se presenta el desarrollo de un modelo de intervención psicooncológica de 4 sesiones para el peridiagnóstico. Su estructura y contenido tiene por objetivo facilitar la adaptación a la enfermedad en la primera etapa del curso oncológico al intervenir en la sintomatología emocional y en la comprensión del cáncer por parte del paciente. Se informan resultados de esta intervención con 15 pacientes, donde se evaluó su efecto sobre la activación emocional (AE), la representación de la enfermedad (RE) y la adaptación al cáncer (evaluada ésta mediante el mini-MAC). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en AE, RE y en la escala de preocupación ansiosa del mini-MAC. Los resultados aportan evidencia preliminar sobre la utilidad clínica de la intervención para promover adaptación psicológica en la fase peridiagnóstica del curso oncológico.

Palabras clave: Psicooncológica; peridiagnóstico; activación emocional; representación de la enfermedad; intervención psicológica; adaptación al cáncer; preocupación ansiosa.

Introducción

La condición de enfermedad no se reduce a una cuestión orgánica y como experiencia afecta distintas dimen-

siones del funcionamiento de una persona. Investigaciones en el campo de la psicooncológica señalan que el cáncer tiene importantes consecuencias a nivel emocional, interpersonal y social en el paciente y su familia (Grassi, 2020; Normen et al., 2021; Zeilinger et al., 2022). Numerosos trabajos han indicado que más de un tercio de los pacientes manifiestan en el curso de su enfermedad oncológica sintomatología suficiente para el diagnóstico de alguna patología psiquiátrica, p.ej. depresión, ansiedad, trastorno adaptativo, etc. (Dai et al.,

Recibido: 5 de mayo de 2023; aceptado: 27 de febrero de 2024.
Correspondencia: Mariano Demateis, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Dean Funes 3270, CP: B7602AYJ, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Correo-e: mariano.demateis@gmail.com

2023; Ilce et al., 2022; Kreitler, 2019; Lu et al., 2016). Ante la experiencia de una realidad tan inesperada y angustiante, es preciso que el sistema sanitario pueda evaluar también las necesidades psicológicas del paciente a lo largo del curso oncológico, y aplicar estrategias terapéuticas con base científica de acuerdo a la evidencia disponible (Grassi, 2020; Kusch et al., 2022). En este sentido, y a pesar de la abundante producción en materia de psicooncología, son escasas las publicaciones que dan cuenta de la eficacia de modelos de intervención psicológica.

La eficacia de las intervenciones psicológicas en pacientes oncológicos es un tema controversial hace años (Galway, 2012; Gercovich et al., 2011; Temple et al., 2020). Distintos meta-análisis han informado resultados modestos al respecto. Tomando como referencia estudios entre 1981 y 2001, Yarnoz y colaboradores (2005) informaron para las intervenciones grupales un tamaño del efecto moderado sobre depresión, ansiedad, adaptación a la enfermedad y calidad de vida. En esta línea, Faller y colaboradores (2013) en un meta-análisis que incluyó 198 estudios, señalaron que el tamaño del efecto fue de pequeño a mediano, y hallaron diferencias entre las intervenciones, respecto a la efectividad y a la estabilidad de los cambios. Massone y Llull (2017) en una revisión de distintos meta-análisis destacaron la falta de consistencia de los reportes, aunque reconocieron resultados moderados para depresión, ansiedad y calidad de vida. White y colaboradores (2022), en el análisis de 70 estudios (20 de ellos con pacientes oncológicos) reportaron resultados inconsistentes para las intervenciones online sobre la ansiedad, la depresión y el estrés. Zhang et al. (2022) en un meta-análisis sobre aplicación de terapia cognitivo conductual en pacientes oncológicos informaron mejoras estadísticamente significativas para depresión y para ansiedad. Los resultados positivos se observaron en el seguimiento a tres y seis meses. Se observó una leve diferencia en favor de tratamientos de más de 6 semanas. Respecto a las formas del tratamiento, si bien existió una diferencia positiva en favor del método de implementación en persona o cara a cara, no fue estadísticamente significativo.

En la bibliografía especializada de los últimos años se encuentran trabajos en los que se evaluó la efectividad de técnicas de intervención (mindfulness, psicoeducación, terapia de aceptación y compromiso, terapia cognitivo conductual, terapias narrativas, y otras), en variadas modalidades (grupal, vía web, telefónica, individual) para reducir la intensidad de síntomas emocionales o mejorar aspectos del funcionamiento psicológico, p. ej., expectativas, autoestima, autoeficacia y otras en pacientes con cáncer (Ali y Adam, 2022; Merluzzi et al., 2019; Murphy

et al., 2020). Sin embargo, son pocos los modelos diseñados y protocolizados en función de las características específicas del curso oncológico: peridiagnóstico, tratamiento, remisión, recidiva, terminal (Alonso-Fernández y Bastos-Flores, 2011). Actualmente se encuentra en fase de evaluación un programa de terapia individual breve, protocolizado y semiestructurado para pacientes con cáncer avanzado, CALM (Miyamoto et al., 2022). Ichkura et al. (2020) presentaron resultados positivos por la implementación de un programa para el manejo del estrés en pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado. En relación a un abordaje sanitario-institucional, Kusch et al. (2022) reseñan recientemente la implementación, en Alemania, del programa NFC-ISPO (New Form Of Care Integrated Cross-Sectoral Psycho-Oncology). Se trata de un protocolo global para la evaluación y seguimiento de las necesidades del paciente oncológico y su familia. Los tres trabajos referidos se centran en la variable tiempo como criterio de interpretación y de acción terapéutica. En este sentido, la comprensión de las características de cada fase de la enfermedad y el esfuerzo adaptativo que supone, permitirían construir un modelo de intervención psicooncología con objetivos precisos. El diseño de intervenciones psicológicas focalizadas y breves que acompañen los procesos diagnósticos y la evolución de pacientes oncológicos es una necesidad prioritaria para el sistema de atención de la salud (Caruso y Breitbart, 2020; Grassi, 2020).

Alonso-Fernández y Bastos-Flores (2011) y Kangas y Gross (2017) propusieron distinguir las características diferenciales del curso temporal de la enfermedad en el paciente oncológico. El primer momento es el peridiagnóstico que se extiende desde la aparición de un síntoma o la realización de estudios de control hasta el inicio del tratamiento oncológico. Implica afrontar distintas consultas médicas, estudios diagnósticos (imágenes, biopsia, cirugía, etc.) y la consulta con el especialista (Wijssenbeek et al., 2019). El paciente llega a la consulta oncológica con el diagnóstico de su patología. El inicio del tratamiento (quimioterapia, radioterapia, como las modalidades más frecuentes) marca el inicio de la segunda etapa. Incertidumbre y miedo ante la amenaza vital percibida activan automáticamente respuestas características de la fase peridiagnóstica (Kangas y Gross, 2017; Reis et al., 2019). El estado de incertidumbre se expresa en distintos grados de activación emocional, en adelante AE (Hirsh et al., 2012; Wright et al., 2009). Peters et al. (2017) describen la AE como una respuesta global, física y psicológica del paciente que incluye una constelación de signos (taquicardia, hiperventilación, alteración del patrón del sueño y la alimentación, irritabilidad y labilidad emocional, entre otros) y un modo

particular de funcionamiento cognitivo que se sigue a la activación fisiológica, con la presencia de taquipsiquia, rigidez cognitiva, pensamientos sobrevalorados en relación a la enfermedad, sesgos fatalistas, dificultad para incorporar información y pensamiento dicotómico, entre otros (Nguyen, et al., 2019). Esta AE automática es un intento involuntario de autorregulación para afrontar la alteración homeostática que causó la emergencia de la enfermedad y el diagnóstico (Lavelle et al., 2017; McEwen et al., 2016). La AE, en tanto esfuerzo de autorregulación, se orienta al corto plazo y con frecuencia resulta poco eficiente para comprender adecuadamente la experiencia en la situación de enfermedad (Arnaldo et al., 2022; Badcock et al., 2019). Entender este fenómeno como parte de la respuesta adaptativa temporal reduciría la patologización de reacciones comprensibles y plantearía la posibilidad de considerar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes oncológicos desde otra perspectiva (Deekker y van Linde, 2015; Lally et al., 2019). Un punto crítico del curso oncológico es el diagnóstico (Kreitler, 2019). “Cáncer” suele identificarse con muerte, deterioro y sufrimiento (Castaño-Rodríguez y Palacio-Espinoza, 2013; Pocinho et al., 2021). El modelo del Sentido Común de la Enfermedad propuso entender la representación de la enfermedad (en adelante RE) como el primer paso en el intento de afrontarla (Leventhal et al., 1984). Esta RE de sentido común se elabora sobre experiencias que la persona fue componiendo durante su vida como conocimiento informal adquirido por vivencias cercanas con la enfermedad, medios de comunicación, entre otros (Leventhal et al., 2001). De esta manera, el proceso diagnóstico activaría esa RE y organizaría las respuestas que el paciente instrumenta ante la situación de un modo consistente, al menos inicialmente, con la RE evocada (Hagger y Orbell, 2021). Intervenir sobre su modificación a partir de la información que el paciente recibe de su oncólogo posibilitaría la elaboración de una RE más funcional (Paduraru y Soponaru, 2021). La funcionalidad o el grado de ajuste de la RE se entiende por su capacidad para explicar las experiencias del paciente y para predecir de un modo eficiente las circunstancias que afronta en un territorio que vive como desconocido e incierto (Parr et al., 2018; Peters et al., 2017).

El objetivo de este artículo es presentar el diseño y contenido del «Modelo de Intervención Psicooncológica para el Peridiagnóstico» (MIPP). Se trata de un modelo breve y protocolizado orientado a promover la adaptación a la enfermedad en el peridiagnóstico, construido a partir de las experiencias y necesidades que desde la literatura y la práctica clínica señalan como características de esta fase del curso oncológico. Ciertamente en el

MIPP se trabajan estrategias autorregulatorias que el paciente podría utilizar en otros momentos de la enfermedad, por lo cual podría pensarse de utilidad hacer una evaluación de los efectos de la intervención más allá de esta fase. Sin embargo, dado que la intervención se diseñó para las características específicas del peridiagnóstico, la evaluación de sus resultados se circunscribe a esta fase. Se presentan los resultados preliminares del estudio piloto para evaluar la aplicabilidad del MIPP en contexto asistencial y la funcionalidad de su diseño y contenido. Se espera que los pacientes que participen del programa informen cambios positivos en AE y en RE y que, a su vez, estos cambios se relacionen con una respuesta más adaptativa a la enfermedad.

Método

Participantes

La muestra incluyó 15 pacientes, con una media de edad de 48.32 años (*DT* 14.44), y un total de 12 mujeres y 3 hombres. En la Tabla 1 se informan las características de la muestra, incluyendo la frecuencia de los tipos de tumores, el estadio y el intervalo de días entre el resultado de la biopsia y la evaluación (confirmación de diagnóstico de cáncer y la entrevista con el psicooncólogo).

Tabla 1. Características clínicas de la muestra

	Tamaño muestral	<i>N</i> = 15
Tipo de tumor	Colon	2
	Recto	1
	Pulmón	1
	Peritoneo	1
	Mama	3
	Cuello de útero	2
	Ovario	2
	Testículo	1
	Vejiga	1
	Osteosarcoma	1
Estadio	1	1
	2	5
	3	9
Intervalo entre biopsia y evaluación	Menos de 15 días	1
	Entre 15 y 30 días	1
	Entre 30 y 45 días	7
	Entre 45 y 60 días	2
	Más de 60 días	4

Instrumentos

A partir de lo señalado en la introducción respecto a la vulnerabilidad que el paciente experimenta en el peridiagnóstico se decidió reducir al máximo posible la aplicación de técnicas, con el fin de priorizar criterios clínicos y la necesidad de acompañamiento profesional.

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21; Tully et al., 2009). Se utilizó la versión en castellano (Daza et al., 2002) para valorar la AE. La escala evalúa síntomas fisiológicos y psicológicos asociados a la activación del sistema nervioso autónomo simpático. Incluye 21 reactivos con respuestas en una escala Likert de 4 puntos y brinda resultados de tres escalas: depresión, ansiedad y estrés. El instrumento presenta elevada consistencia interna ($\alpha = .96$) en correspondencia con la versión original.

Brief Illness Perception Questionnaire – Revised (BIPQ-R; Broadbent et al., 2015) Se utilizó la versión en castellano de Pacheco-Huergo et al., (2012) para la evaluación de la RE. El cuestionario consta de 9 reactivos. Para la dimensión representación cognitiva de enfermedad (en adelante RCE) se consideraron 5 ítems (consecuencias, tiempo, control personal, control del tratamiento e identidad; $\alpha = .653$) y la representación emocional de enfermedad (en adelante REE) incluyó 2 ítems (preocupación e impacto emocional; $\alpha = .821$), adoptando la estructura factorial propuesta por Zhang et al. (2017), quienes no tomaron en cuenta el ítem coherencia (porque consideran que evalúa metacognición) y el ítem causa (por sus propiedades psicométricas, dado que es una pregunta abierta).

Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (miniMAC; Watson et al., 1988). Se utilizó la versión castellana de Vailló et al. (2018) para la evaluación de la adaptación a la enfermedad. Se trata de un instrumento de 29 ítems, con respuestas en escala tipo Likert de 4 puntos. Evalúa el tipo de afrontamiento del paciente ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Cada escala evalúa un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico. Watson et al. (1988) definen las dimensiones del miniMAC como: desesperanza (la enfermedad vista como una pérdida y el pronóstico inevitablemente negativo; abandona la idea de control, por tanto asume un papel pasivo ante lo que vive); preocupación ansiosa (temor constante ante el cáncer y sentimientos de devastación, ansiedad, miedo y aprensión); espíritu de lucha (determinación de luchar ante la enfermedad y la adopción de una actitud optimista); evitación cognitiva/negación (el paciente encuentra agobiante pensar en su enfermedad, por tanto sistemáticamente la

minimiza o evita pensar en ella), y fatalismo (se asocia a la experiencia extrema de la preocupación ansiosa y pérdida total de control). La consistencia interna de la versión en castellano alcanzó valores aceptables para su utilización en contextos de investigación $\alpha = .76$ (Vailló et al., 2018).

Procedimiento

El estudio piloto realizado siguió un diseño cuasi experimental, con medidas pre y post-intervención. Entre noviembre de 2020 y agosto de 2021, el personal administrativo del servicio de oncología del Hospital R. Santamarina de la ciudad de Tandil, Argentina, invitó a participar del programa a los pacientes que en el transcurso de los siete días previos habían tenido la primera consulta con oncólogo y cumplieran con criterios de inclusión. De un total de 137 pacientes que ingresaron al servicio, 65 (47.44 %) cumplían criterios de inclusión, de los cuales 35 no se presentaron a la cita programada. Fueron criterios de inclusión: edad 18 a 75 años, primer diagnóstico de cáncer y estadio I a III. Como criterios de exclusión se consideraron: tumor cerebral, tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de la evaluación.

En este artículo se analizan y reportan los datos preliminares pre y post intervención, que forman parte de una investigación en curso para estudiar la eficacia de la intervención.

En cuanto a la estructura del protocolo de evaluación e intervención, en el primer encuentro se describió la naturaleza del estudio, se firmó el consentimiento informado, se administraron cuestionarios (momento pre-intervención) y se inició la aplicación del MIPP. En el cuarto y último se administraron los instrumentos de evaluación (momento post-intervención).

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

Intervención

El MIPP busca promover cambios cognitivo-emocionales en la experiencia del paciente oncológico en la

fase inicial de su enfermedad. Se realiza en cuatro encuentros semanales con una duración estimada en 60 minutos y la atención se centra en el estado de ánimo y los significados que el paciente maneja sobre el proceso de enfermedad y su evolución. Las intervenciones terapéuticas tienen un componente principal psicoeducativo, adecuando las formas y modos de comunicación (vocabulario, ejemplos, metáforas, etc.) a las características socioculturales del paciente, según la valoración clínica del terapeuta. La psicoeducación se centra en la experiencia vital del paciente en la que acontece la situación diagnóstica y la comprensión de la información asociada a su enfermedad (Setyowibowo et al., 2022). Se prevé un papel activo del terapeuta para favorecer la incorporación de estrategias que modulen la AE (habilitación de descarga, manejo del foco atencional y valoración positiva del síntoma) en una intervención breve. En su diseño se consideró el aporte de los desarrollos en neurociencias sobre el funcionamiento de los procesos cognitivos en situaciones de AE (Badcock et al., 2019; Peters et al., 2017) y los desarrollos en la clínica oncológica (Nguyen et al., 2019). La importancia de intervenir, en primer lugar, sobre el estado de activación ha mostrado repercusiones favorables para la calidad de vida del paciente y una mejor disposición para la reestructuración cognitiva, en este caso, para la modificación de la RE (Friston et al., 2018; Nguyen et al., 2019; Parr et al., 2018). La experiencia clínica muestra que es fundamental ayudar al paciente a reconocer en este proceso la internalización del locus de control (Anagnosti et al., 2023). El concepto de locus de control, surge de la teoría del aprendizaje social y hace referencia a la atribución que la persona hace de los eventos de su vida como independientes o no de la acción volitiva personal.

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

Primera sesión: se presentan las características del peridiagnóstico y los signos y síntomas fisiológicos, conductuales, emocionales y cognitivos asociados al estado de incertidumbre. Se introduce el concepto de AE como manifestación del esfuerzo autorregulatorio, característico de esta fase. Se intenta que el paciente centre sus esfuerzos en acciones que disminuyan su sintomatología anímica, mejorando su bienestar, en lugar de intentar con sus conductas influir sobre su enfermedad, fenómeno que suele observarse en la clínica de este período.

Segunda sesión: Se retoman los conceptos presentados (peridiagnóstico, autorregulación, AE, locus de control). Se relaciona la AE con el funcionamiento cognitivo, especialmente con la dificultad para incorporar

nueva información. Se busca que el paciente enuncie su RE de sentido común (con sus cinco elementos: identidad, consecuencias, control/cura, causa y tiempo) y se exploran las fuentes a partir de las que la construyó. Se intenta, de este modo, que el paciente reconozca la función autorregulatoria de la RE y el efecto, con frecuencia negativo, que tiene la RE de sentido común sobre su ajuste a la enfermedad.

Tercera sesión: Se realizan intervenciones basadas en reestructuración cognitiva para modificar la RE de sentido común, con el fin de dar lugar a la información que el paciente haya recibido de su enfermedad de parte del oncólogo, y favorecer así una experiencia de enfermedad más funcional para la evolución y el tratamiento. Se presenta el concepto de adaptación a la enfermedad como proceso activo de autorregulación.

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

Análisis estadístico

Para cumplir con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención se utilizó estadística no paramétrica (prueba de Wilcoxon) para el análisis de los resultados pre-post intervención de la AE (DASS-21), la RE (BI-PQ-R) y el ajuste a la enfermedad (MiniMAC), con el programa estadístico SPSS 23 y se calculó el tamaño del efecto y la potencia estadística con G*Power 3.1.9.7.

Resultados

Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las medidas de AE tras la intervención (ver Figura 1). El tamaño del efecto de la intervención fue mediano para las subescalas Depresión y Ansiedad y grande para la subescala Estrés.

Con respecto a la RE del paciente también se observaron diferencias con significación estadística y un tamaño del efecto grande (ver Figura 2). Puntuaciones elevadas en las escalas RCE y REE se relacionan con una comprensión del cáncer como enfermedad predominantemente asociada a la muerte y el sufrimiento (Pocinho et al., 2021; Zhang et al., 2017), lo que Leventhal identificó como comprensión de sentido común (Leventhal et al., 1984). Los resultados indican que los pacientes modificaron la RE de sentido común tras la intervención de la intervención.

Tabla 2. Diferencias en medidas pre-post, potencia estadística y tamaño del efecto

Escalas	VARIABLES	Pre <i>M</i> (<i>DT</i>)	Post <i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>Z</i>	<i>p</i>	1- β	<i>d</i>
DASS 21	Depresión	6.07 (5.09)	2.40 (2.50)	-2.86	.004	.72	0.71
	Ansiedad	6.00 (4.84)	2.80 (2.78)	-2.32	.020	.63	0.63
	Estrés	10.13 (4.06)	5.73 (3.84)	-3.18	.001	.99	1.31
BIPQ-R	RCE	31.67 (7.87)	25.07 (6.45)	-2.61	.009	.91	0.94
	REE	15.40 (3.75)	10.53 (4.20)	-2.62	.009	.87	0.89
MiniMAC	Desesperanza	16.73 (4.21)	14.80 (2.48)	-1.54	.123	.36	0.45
	Preocupación ansiosa	23.13 (3.90)	20.33 (2.16)	-2.86	.005	.89	0.91
	Espíritu de lucha	11.73 (2.05)	11.87 (1.45)	-0.23	.812	.05	0.00
	Evitación cognitiva	11.40 (2.13)	10.67 (1.71)	-1.33	.256	.22	0.33
	Fatalismo	14.80 (2.36)	14 (1.81)	-1.22	.221	.27	0.38

Nota. DASS 21: Depression, Anxiety and Stress Scale 21; BIPQ-R: Brief Illness Perception Questionnaire - Revised; RCE: representación cognitiva de la enfermedad; REE: representación emocional de la enfermedad; MiniMAC: Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale; *M*: Media; *DT*: Desviación típica; *Z*: puntaje *Z*; *p*: *p*.valor (significativo: $\leq .05$); 1- β : potencia estadística (significativo $\geq .80$); *d* (Cohen): Tamaño del efecto (0.20 pequeño; 0.50 mediano; 0.80 grande)

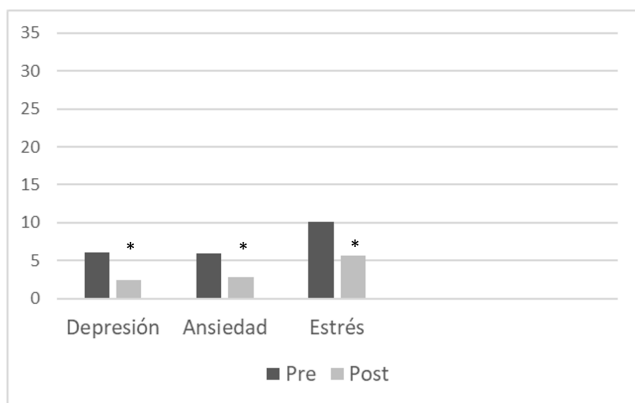


Figura 1. Diferencias pre/post intervención en activación emocional (AE). * $p \leq .05$.

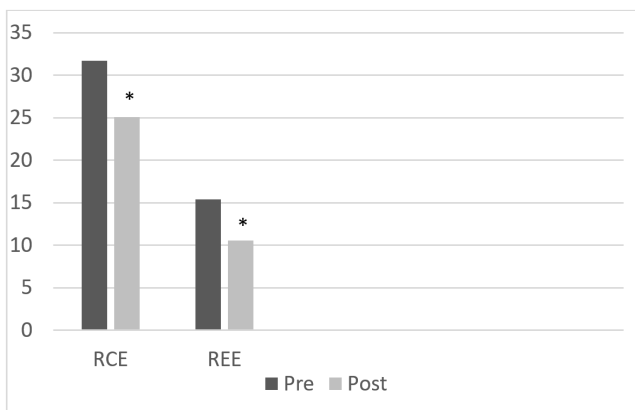


Figura 2. Diferencias pre/post intervención en la representación cognitiva y emocional de la enfermedad. RCE: representación cognitiva de la enfermedad; REE: representación emocional de la enfermedad. * $p \leq .05$.

Respecto a las escalas que evalúan el ajuste a la enfermedad (miniMAC), se encontraron diferencias significativas y tamaño del efecto grande sólo en Preocupación Ansiosa (ver Figura 3). Según Watson et al. (1988), una puntuación alta en esta escala describe una percepción de la enfermedad como amenaza vital que genera temor constante ante el cáncer y sentimientos de devastación, ansiedad, miedo y aprensión.

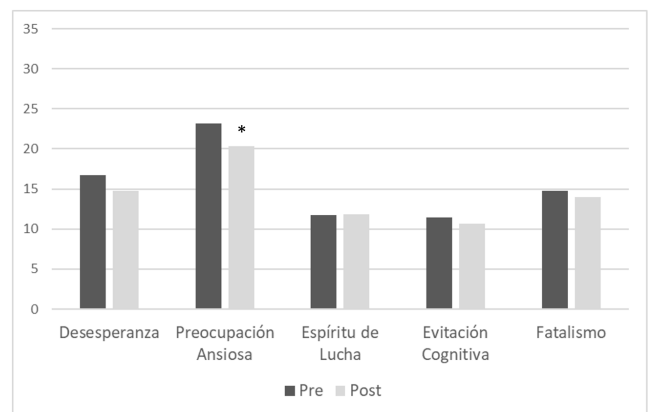


Figura 3. Diferencias pre/post intervención en ajuste a la enfermedad. * $p \leq .05$.

Discusión

Se diseñó un modelo de intervención breve y focalizado basado en la evidencia aportada por la bibliografía especializada (Caruso y Breitbart, 2020; Grassi, 2020; Kangas y Gross, 2017), y en la experiencia clínica espe-

cífica vinculada a la salud mental de pacientes oncológicos en el ámbito hospitalario. Su desarrollo asume que el despliegue del esfuerzo adaptativo del paciente oncológico describe una parábola a lo largo del curso temporal de la enfermedad. El MIPP surgió como alternativa ante una situación compleja y cada vez más frecuente en el ámbito sanitario público de la Argentina: la demanda de atención supera ampliamente la capacidad de respuesta por parte de los profesionales. En este sentido, se buscaba una intervención breve, parsimoniosa y flexible que fuera general y abarcara diferentes variables como el tipo de tumor, la edad, sexo o estrato cultural del paciente para ser aplicada en un servicio de oncología. Dada la importancia clínica de intervenir en una fase inicial con impacto en la evolución y curso de la enfermedad se desarrolló el MIPP para su aplicación en el peridiagnóstico. Pero además de las características propias de dicha fase, la construcción del modelo considera la secuencia en que se abordan los temas, inicialmente focalizando en la moderación de la AE y luego en la construcción de una RE ajustada a su situación, lo que busca favorecer la brevedad y potenciar la efectividad de la intervención.

Thomas et al. (2010) informaron que sexo y edad son las únicas variables que presentan una evidente asociación con el estrés en pacientes oncológicos. Las mujeres informaron significativamente más estrés que los hombres, y los jóvenes puntuaron más alto en estrés que las personas mayores (Linden et al., 2012). Lavelle et al. (2017) aportaron evidencia sobre la independencia entre tipo de tumor y nivel de estrés. En el análisis del estrés o AE, como se lo conceptualizó en este trabajo, no sólo la edad y el sexo son variables importantes, sino que se observó que el momento del curso de la enfermedad es la variable fundamental. En este sentido, es significativa la potencia estadística de los resultados presentados por Lu et al. (2016) donde informan que el riesgo relativo para el diagnóstico de patologías mentales encuentra su punto más alto en el peridiagnóstico. Dado que se pretende evaluar la efectividad terapéutica de un modelo de intervención psicológica articulado en función del momento del curso oncológico, fue necesario garantizar su aplicación a todos los pacientes sin limitarse en variables como edad, sexo o tipo de tumor. Respecto a la edad de inicio a los 18 años se estableció en función de las características propuestas por el servicio de oncología del Hospital Santamarina donde se realizó el estudio clínico, y un máximo de 75 años, por la presunción de probabilidad de menor afectación de las funciones cognitivas por patologías neurodegenerativas. De todos modos, en futuros estudios con un tamaño muestral de proporciones suficientes se podría realizar el análisis estadísti-

co del impacto de dichas variables en el nivel de AE, así como la segmentación de la muestra y análisis del poder de la intervención en función del nivel inicial de AE.

La comprensión de la RE relevada en la literatura científica también definió las características del MIPP. Castaño-Rodríguez y Palacio-Espinoza (2013) informaron que es recurrente la asociación del cáncer con la muerte. Insa et al. (2010) en un estudio cualitativo a partir de entrevistas a 200 personas (no se infiere del estudio que alguno de los entrevistados fuera paciente oncológico) informan que el cáncer tiene una connotación negativa al ser considerada una enfermedad mortal. Señalan también que la edad y el nivel de estudios son dos variables que se asocian a una percepción más negativa: la letalidad de la enfermedad es percibida como mayor por pacientes de más edad y con menor instrucción formal. Sin embargo, el impacto de ambas variables no pareciera ser significativo cuando la evaluación de la RE se realiza en pacientes oncológicos (Palacio-Espinoza y Zani, 2014). La RE de sentido común tiende a identificar el cáncer con la muerte, sin que variables como la edad, el sexo o nivel educativo impacten diferencialmente de manera significativa (Nickel et al., 2018). Este proceso de elaboración de la RE de sentido común a partir de la cultura y la experiencia personal fue descrito previamente y es un aporte del Modelo del Sentido Común de la Enfermedad (Hopman y Rijken, 2015; Leventhal et al., 2001). En el MIPP se asume la RE de sentido común como el punto de partida, siendo el esquema mental de la enfermedad lo que el paciente activa inicialmente ante el diagnóstico. Este conocimiento podría no coincidir con la información que recibe del oncólogo sobre su propia enfermedad. Por lo tanto, la intervención terapéutica se orienta a favorecer la deconstrucción de la RE de sentido común para configurar una RE más ajustada a la realidad. En este sentido, el momento evolutivo del paciente tendría un impacto mínimo en la percepción de la gravedad de la enfermedad, dado que ésta se derivaría de la RE de sentido común, que frecuentemente asocia el cáncer con la muerte.

En este artículo se exponen los resultados del estudio piloto realizado como parte de la evaluación de la implementación del MIPP. El impacto de la intervención sobre la AE que se evaluó a través de medidas de depresión, ansiedad y estrés resultó positivo y significativo. En las dos escalas de la RE (RCE y REE) también se observaron cambios positivos y significativos con la métrica del BIPQ-R propuesta por Zhang et al. (2017). En cuanto al ajuste a la enfermedad se constataron cambios positivos y significativos en la escala Preocupación Ansiosa, del miniMAC. Estos datos preliminares aportan evidencia sobre el alcance y la aplicación del MIPP en contextos

naturales de asistencia hospitalarios. La adecuación del programa de intervención específico para un momento de intensa vulnerabilidad del paciente como es el peridiagnóstico implicó realizar una primera evaluación sobre el impacto de la intervención.

Claramente, la realización del estudio -que se vio afectada por la pandemia de Covid-19- derivó en un tamaño de la muestra que resulta una limitación para la generalización de los resultados, así como la no inclusión de grupo control no permite resultados comparativos suficientes para evaluar la efectividad de la intervención. No obstante, su aporte radica en una valoración preliminar necesaria de la implementación y funcionamiento del MIPP en contextos naturales de asistencia para favorecer la adaptación a la enfermedad oncológica. Como parte de una investigación en curso, próximamente se dispondrá de una cantidad mayor de participantes y se prevé realizar análisis multivariados con grupo control para establecer el impacto diferencial de las variables consideradas y sus respectivas interacciones.

Por último, el diseño y la estructura de contenidos del modelo de intervención presentado cuenta con flexibilidad y potencialmente podría adecuarse al abordaje de la adaptación psicológica de pacientes con otras enfermedades, por ejemplo, diabetes, HIV, enfermedades cardíacas entre otras, dadas las características transdiagnósticas, que son objeto de la intervención del MIPP, y se presumen también presentes en otras condiciones clínicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Ali, N., & Adam, S. (2022). Effect of Psycho-educational Program on Depressive Symptoms, Anxiety and Stress Coping Strategies among Women with Breast Cancer. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(4), 1220-1240. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.268464>
- Alonso-Fernández, C., y Bastos-Flores, A. (2011). Intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer. *Clínica Contemporánea* 2(2), 187-207. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Anagnosti, F., Hardavella, G., Lekka, D., Darahani, D., Anhouli-Anagnostopoulou, F., Papagiorgis, P., & Thalassinou, N. (2023). The Relationship of Health Locus of Control and Psychological Distress in Lung Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic. *Psychology*, 14(2), 201-212. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.142012>
- Arnaldo, I., Corcoran, A., Friston, K., & Ramstead, M. (2022). Stress and its sequelae: An active inference account of the etiological pathway from allostatic overload to depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 135, 104590. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104590>
- Badcock, P., Friston, K., & Ramstead, M. (2019). The hierarchically mechanistic mind: A free-energy formulation of the human psyche. *Physics of Life Reviews*, 34, 104-121. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2018.10.002>
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30(11), 1361-1385. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
- Caruso, R., & Breitbart, W. (2020). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e86. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000866>
- Castaño-Rodríguez, A., y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41949
- Dai, D., Coetzer, H., Zion, S., & Malecki, M. (2023). Anxiety, Depression, and Stress Reaction/Adjustment Disorders and Their Associations With Healthcare Resource Utilization and Costs in Patients With Newly Diagnosed Breast Cancer. *Journal of health economics and outcomes research*, 10(1), 68-76. <https://doi.org/10.36469/jheor.2023.70238>
- Daza, P., Novy, D., Stanley, M., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation With a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Deekker, J., & van Linde, M. (2015). One in three patients with cancer meets the criteria for mental disorders: What does that mean? *Journal of Clinical Oncology*, 33(25), 2826-2828. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.9460>
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical oncology*, 31(6), 782-793. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
- Friston, K. J., Rosch, R., Parr, T., Price, C., & Bowman, H. (2018). Deep temporal models and active inference. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 486-501. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.004>
- Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell, C., Mills, M., & Donnelly, M. (2012). Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *The Cochrane database of systematic reviews* 11(11), CD007064. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007064.pub2>
- Gercovich, D., Torrente, F., López, P., Margiolakis, P., Bortolato, D., Hirsch, H., y Gil Deza, E. (2011). Psicoterapia focalizada en pacientes oncológicos. Resultados del tratamiento en un contexto naturalístico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 239-246. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826006.pdf>
- Grassi, L. (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: The agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e89. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000829>

- Hagger, M., & Orbell, S. (2021). The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*, *16*(3), 347-377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
- Hirsh, J., Mar, R., & Peterson, J. (2012). Psychological Entropy: A Framework for Understanding Uncertainty-Related Anxiety. *Psychological Review*, *119*(2), 304. <https://doi.org/10.1037/a0026767>
- Hopman, P., & Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-oncology*, *24*(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/pon.3591>
- Ichikura, K., Nakayama, N., Matsuoka, S., Ariizumi, Y., Sumi, T., Sugimoto, T., Fukase, Y., Murayama, N., Tagaya, H., Asakage, T., & Matsushima, E. (2020). Efficacy of stress management program for depressive patients with advanced head and neck cancer: A single-center pilot study. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, *20*(3), 213-221. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.06.003>
- Ilee, H., Vargol, S., Halis, H., & Yazici, E. (2022). Psychiatric Symptoms in Oncological Patients at Nuclear Medicine Department. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, *10*(A), 734-739. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8832>
- Insa, L., Monleón, M., & Espallargas, A. (2010). The cancer patient: An approach to social representation. *Psicología & Sociedade*, *22*(2), 318-327. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n2/12.pdf>
- Kangas, M., & Gross, J. (2017). The affect regulation in cancer framework: Understanding affective responding across the cancer trajectory. *Journal of Health Psychology*, *25*(1), 7-25. <https://doi.org/10.1177/1359105317748468>
- Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the Clinician*. Springer Nature.
- Kusch, M., Labouvie, H., Schiewer, A., Talalaev, N., Cwik, J., Bussmann S., Vaganian, L., Gerlach, A., Dresen, A., Cecon, N., Salm, S., Krieger, T., Pfaff, H., Lemmen, C., Derendor, L., Stock, S., Samel, C., Hagemeyer, A., Hellmich, M., Leicher, B. ... & Hallek, M. (2022). Integrated, cross-sectional psycho-oncology (isPO): A new form of care for newly diagnosed cancer patients in Germany. *BMC Health Service Research* *22*(1), 543. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07782-0>
- Lally, R., Bellavia, G., Gallo, S., Kupzyk, K., Helgeson, V., Brooks, C., Erwin, D., & Brown, J. (2019). Feasibility and acceptance of the Caring Guidance web-based, distress self-management, psychoeducational program initiated within 12 weeks of breast cancer diagnosis. *Psycho-oncology*, *28*(4), 888-895. <https://doi.org/10.1002/pon.5038>
- Lavelle, C., Ismail, M., Doherty, K., Bowler, A., Mohamad, M., & Cassidy, E. (2017). Association between psychological distress and cancer type in patients referred to a psychooncology service. *Irish medical journal*, *110*(6), <https://doi.org/10147/621506>
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive approach. In A. R. Baum, *Handbook of Health Psychology*, *3*, 19-48. Erlbaum.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. T. Baum, *Handbook of psychology and health, vol. IV* (pp. 219-252). Erlbaum.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*, *141*(2-3), 343-351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
- Lu, D., Andersson, T. M., Fall, K., Hultman, C. M., Czene, K., Valdimarsdóttir, U., & Fang, F. (2016). Clinical Diagnosis of Mental Disorders immediately before and after cancer diagnosis: A nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncology*, *2*(9), 1188-1196. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.0483>
- Massone, A., y Llull, D. (2017). Análisis y eficacia de las intervenciones psicosociales en oncología. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *18*(1). <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/48196>
- McEwen, B., Nasca, C., & Gray, J. (2016). Stress Effects on Neuronal Structure: Hippocampus, Amygdala and Prefrontal Cortex. *Neuropsychopharmacology Reviews*, *41*(1), 3-23. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.171>
- Merluzzi T., Pustejovsky, J., Philip, E., Sohl, S., Berendsen, M., & Salsman M. (2019). Interventions to Enhance Self-Efficacy in Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychooncology*, *28*(9): 1781-1790. <https://doi.org/10.1002/pon.5148>
- Miyamoto, S., Yamazaki, T., Shimizu, K., Matsubara, T., Kage, H., Watanabe, K., Kobo, H., & Matsuyama, Y. (2022). Brief, manualized and semistructured individual psychotherapy programmed for patients with advanced cancer in Japan: Study protocol for Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) phase 2 trial. *BMJ Open*, *12* (3), e056136. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056136>
- Murphy, M., Newby, J., & Butow, P. (2020). Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavior therapy for clinical depression and/or anxiety in cancer survivors (iCanADAPT Early). *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, *29*(1), 76-85. <https://doi.org/10.1002/pon.5267>
- Nguyen, M., Smets, E., Bol, N., Bronner, M., Tytgat, K., Loos, E., & van Weert, J. (2019). Fear and forget: How anxiety impacts information recall in newly diagnosed cancer patients visiting a fast-track clinic. *Acta Oncológica*, *58*(2), 182-188. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1512156>
- Nickel, B., Moynihan, R., Barratt, A., Brito, J. P., & McCaffery, K. (2018). Renaming low risk conditions labelled as cancer. *BMJ (Clinical research ed.)*, *362*, k3322. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3322>
- Normen, M., Sahaya, F., Kulkarni, K., Vidhubala, E., & Shewade, H. (2021). Patients with Cancer are Distressed! Indian Healthcare Provider Perspectives on Distress Screening and Referrals to Psycho-oncology Services – A Mixed Methods Study. *Indian Journal Palliative Care*, *27*(4), 561-570. https://doi.org/10.25259/IJPC_142_21
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Pena, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E., Del Val, J. L., & en representación del Grupo IPQ-R (2012). Percepción en enfermedades crónicas: Validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, *44*(5), 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>

- Paduraru, A., & Soponaru, C. (2021). Implications of Cognitive-Behavioral therapy in changing illness representations. *Journal of Intercultural Management and Ethics*, 4(1), 27-37. <https://doi.org/10.35478/jime.2021.1.04>
- Palacios-Espinosa, X., y Zani, B. (2014). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 10(2), 207-223. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67940023002.pdf>
- Parr, T., Rees, G., & Friston, K. J. (2018). Computational Neuropsychology and Bayesian Inference. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 61. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00061>
- Peters, A., McEwen, B., & Friston, K. (2017). Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Progress in Neurobiology*, 156, 164-188. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2017.05.004>.
- Pocinho, M., Matos, F., & Amaral, A. (2021). Comparative study on the social representations of cancer and breast cancer. *European Journal of Public Health*, 31(2), 120-085. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab120.085>
- Reis, J., Antoni, M., & Travado, L. (2019). Emotional distress, brain functioning, and biobehavioral processes in cancer patients: A neuroimaging review and future directions. *CNS Spectrums*, 25(1), 79-100. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001621>
- Setyowibowo, H., Yudianta, W., Hunfeld, J., Iskandarsyah, A., Passchier, J., Arzomand, H., Sadarjoen, S., de Vries, R., & Sijbrandij, M. (2022). Psychoeducation for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 62, 36-51. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.01.005>
- Temple, J., Salmon, P., Tudur-Smith, C., Huntley, C., Byrne, A., & Fisher, P. L. (2020). The questionable efficacy of manualized psychological treatments for distressed breast cancer patients: An individual patient data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 80, 101883. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101883>
- Thomas, B. C., Nandamohan, V., Nair, M. K., & Pandey, M. (2010). Gender, age and surgery as a treatment modality leads to higher distress in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer* 19, 239–250. <https://doi.org/j.jad.2012.03.025>
- Tully, P., Zajac, I., & Venning, A. (2009). The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 717-726. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9306-4>
- Vaillo, Y., Pérez, S., López, P., & Retes, R. (2018). Mini-mental adjustment to cancer scale: Construct validation in Spanish breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.004>
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological medicine*, 18(1), 203-209. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002026>
- White, V., Linardon, J., Stone, J., Holmes-Truscott, E., Olive, L., Mikocka-Walus, A., Hendrieckx, C., Evans, S., & Speight, J. (2022). Online psychological interventions to reduce symptoms of depression, anxiety, and general distress in those with chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 52(3), 548-573. doi:10.1017/S0033291720002251
- Wijisenbeek, M., Bendstrup, E., Valenzuela, C., Henry, M., Moor, C., Bengus, M., Perjesi, A., Gilber, F., Kirchgaessler, K., & Vancheri, C. (2019). Design of a Study Assessing Disease Behaviour During the Peri-Diagnostic period in patients with interstitial lung disease: The STARLINER Study. *Advances in therapy*, 36(1), 232-243. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0845-3>.
- Wright, L. J., Afari, N., & Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: A review. *Current pain and headache reports*, 13(2), 133–138. <https://doi.org/10.1007/s11916-009-0023-z>
- Yarnoz, A., Quinto, S., Castillo, P., y Prats, C. (2005). Grupos de apoyo al paciente oncológico: Revisión sistemática. *Enfermería clínica*, 15(1), 17-24.
- Zeilinger, E., Oppenauer, C., Knefel, M., Kantor, V., Schneckereiter, C., Lubowitzki, S., Krammer, K., Popinger, C., Kitta, A., Kum, L., Adamidis, F., Unseld, M., Masel, E., Füreder, T., Zöchbauer-Müller, S., Bartsch, R., Raderer, M., Prager, G., Krauth, M. ... & Gaiger, A. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with difference types of cancer or haematologic malignancies: A cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e74. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000592>
- Zhang, L., Liu, X., Tong, F., Zou, R., Peng, W., Yang, H., Liu, F., Yang, D., Huang, X., Yi, L., Wen, M., & Jiang, L. (2022). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a meta-analysis. *Scientific Reports*, 12(1), 21466. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25068-7>
- Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K., Lee, C., Ng, A., Sze, W., Tsang, J., Lee, V., & Lam, W. W. T. (2017). Psychometric assessment of the Chinese version of the brief illness perception questionnaire in breast cancer survivors. *PLoS ONE*, 12(3), e0174093. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174093>