

“Meta-análisis sobre la eficacia de la re-experimentación emocional en pacientes con cáncer de mama”

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Universidad de La Laguna

Curso académico 2013-2014

Alumna:

Yolanda Beatriz Álvarez Pérez

Tutor:

Wenceslao Peñate Castro

RESUMEN

La re-experimentación emocional (RE) se ha convertido en un recurso para disminuir los efectos patológicos de las experiencias traumáticas. Consiste en escribir sobre la experiencia traumática varios días consecutivos. Este procedimiento ha demostrado su eficacia tanto en la disminución de los síntomas psicológicos como en la de los físicos. Los efectos sobre la salud física guiaron su uso en varios problemas de salud. Uno de estos fue en pacientes con cáncer. La eficacia en varias medidas como el ajuste psicológico, dolor, sueño o calidad de vida en general, no son concluyentes. Por ello, el objetivo de este trabajo es llevar a cabo un meta-análisis sobre el uso de la RE en pacientes con cáncer de mama. 11 ensayos clínicos aleatorizados fueron seleccionados. La calidad científica en general fue alta. Las medidas analizadas fueron: calidad de vida, estado de ánimo, impacto de los eventos y calidad del sueño. Los resultados reflejan que la RE es un método eficaz para aumentar la calidad de vida de estas pacientes y para la reducción del impacto de los eventos traumáticos y las respuestas de evitación. Sin embargo, son necesarias más investigaciones, pues los datos aún no son concluyentes para las diferentes medidas de resultado. **Palabras clave:** *Re-experimentación emocional, cáncer, calidad, eficacia.*

ABSTRACT

The written emotional disclosure procedure (WED) has become a resource to decrease the pathological effects of traumatic experiences. WED consists in to write about trauma experience, several consecutive days. This procedure has proved effective both in reducing psychological symptoms as physical symptoms. The effects on physical health guided its use in several health problems. One of this was patients with cancer. The efficacy on several measures as psychological adjustment, pain, sleep or general quality of life are inconclusive. Therefore, the objective of this paper is to carry out a meta-analysis on the use of WED in patients with breast cancer. 11 randomized clinical trials were finally selected. Their scientific quality was, in general, high. The measures analyzed were: quality of life, mood, impact of events and quality of sleep. The results show that WED is an effective method for increasing the quality of life of these patients and to reduce the impact of traumatic events and avoidance responses. However, more research is needed because data still remain inconclusive for several outcome measures. **Keywords:** *Written emotional disclosure, cancer, quality, efficacy.*

I.- INTRODUCCIÓN

Pennebaker y Beall (1986) propusieron un paradigma de investigación sobre los beneficios que producía en la salud el escribir sobre experiencias traumáticas, estresantes o muy molestas. Este procedimiento se conoce como auto-revelación emocional, apertura emocional, revelación experimental o re-experimentación emocional (RE). La RE se basa en recuperar el recuerdo del trauma vivido, así como sus emociones asociadas, para darle un correcto significado e integración, con el propósito de conseguir una adecuada adaptación a la vivencia por parte de la persona. La RE, tal y como la propone James Pennebaker, consiste en escribir sobre los sentimientos y emociones relacionados con el trauma, durante varios días (tres o cuatro), entre 20 y 30 minutos por sesión.

A partir de la investigación de Pennebaker y Beall (1986) con este modelo de RE, la investigación sobre su uso ha crecido de manera muy apreciable, aplicándose a diferentes poblaciones, con diferentes problemas y sobre variables de resultados muy diferentes. De los meta-análisis realizados (Frattaroli, 2006; Frisina, 2004; Smyth, 1998), se puede deducir que la RE es una estrategia eficaz para el ajuste emocional y físico, ya que mejora tanto la salud mental como la física. Su uso más adecuado se da en las siguientes condiciones: la revelación emocional se lleva a cabo en privado, sobre problemas recientes y cuando previamente a los participantes se les ha instruido específicamente sobre qué re-experimentar, así como sobre si deben cambiar de tema o no (Frattaroli, 2006).

La eficacia de la RE ha tratado de ser explicada por diferentes modelos:

El modelo inicial de Pennebaker y Beall (1986) estuvo basado en un sistema de desinhibición conductual, heredero de la catarsis de Freud, según el cual la RE era eficaz porque liberaba al organismo de la carga que suponía la inhibición de los traumas. Es decir, que la inhibición conductual de esta expresión activaría sentimientos y pensamientos del hecho traumático, afectando a las funciones cognitivas y fisiológicas de la persona.

Posteriormente, se observó que la desinhibición no era una razón suficiente para explicar la eficiencia de la RE y se decidió añadir el procesamiento cognitivo del trauma, donde se consideraba que la evocación del evento traumático permitía un mejor conocimiento y asimilación del hecho vivido (Pennebaker, 1993). El procesamiento cognitivo se ha referido al proceso de pensar activamente sobre los propios pensamientos y sentimientos asociados a una situación traumática o estresante, identificándose así como un componente esencial de la RE (Pennebaker, Mayne y Francis, 1997). Según Pennebaker (1993), la transformación de estos sentimientos y pensamientos en palabras ayuda a la persona en la asimilación de la experiencia traumática creando una historia coherente de un hecho traumático (Pennebaker, Richards, Beall y Seagal, 2000), siendo este un paso crucial en la resolución positiva de situaciones críticas.

Otra teoría explicativa del funcionamiento de la RE es la teoría de la autoafirmación. Esta teoría propone que el objetivo primordial del sistema del yo es el proteger la imagen integral del propio yo cuando se ve amenazado. Una forma de hacerlo es a través de la afirmación de las fuentes de valor propias de la autoestima (Steele, 1988). Un estudio de Creswell et al. (2007) revela que la auto-afirmación puede actuar como mecanismo psicológico de la RE, beneficiando a pacientes que han sobrevivido a un cáncer de mama. Taylor y Brown (1988), sugirieron que las opiniones de uno mismo ayudan a amortiguar los efectos nocivos de los eventos traumáticos y afectan de manera positiva tanto a la salud mental como a la física.

Con todo, aún se desconocen los mecanismos subyacentes a la RE (Stone, Smyth, Kaell y Hurewitz, 2000), aunque se considera que uno de ellos es la integración cognitiva de las emociones expresadas y la integración de los acontecimientos personales problemáticos en las estructuras lingüísticas a la hora de expresarse (Francis y Pennebaker, 1997). También pueden incluirse en estos mecanismos la disminución de la activación autonómica producida por los pensamientos y sentimientos expresados, así como el procesamiento cognitivo de los acontecimientos traumáticos en una narración significativa y

coherente (King, 2002; Lepore, Greenberg, Bruno y Smyth, 2002; Stanton y Danoff-Burg, 2006).

Volviendo a la eficacia de la RE, uno de los hallazgos más llamativos ha sido su eficacia en la mejora de la salud física. En este sentido, se han aportado datos sobre cómo la RE se relaciona con una mejora de la función inmune y los marcadores biológicos (Esterling, Antoni, Kumar y Schneiderman, 1994; Pennebaker, Hughes y O’Heeron, 1987; Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Petrie, Booth, Pennebaker, Davison y Thomas 1995; Petrie, Fontanilla, Thomas, Booth y Pennebaker, 2004) y mejoras en la salud física en general (Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker, Colder y Sharp, 1990; Pennebaker y Francis, 1996).

Un área de la salud física que despertó un interés apreciable en la RE fue la vivencia de un proceso oncológico. Algunos estudios sugieren que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la supresión de las emociones relacionadas con el cáncer se asocian con una peor calidad de vida y una mayor alteración en el estado de ánimo entre los pacientes de cáncer de mama metastásico (Classen, Koopmanm Angell y Spiegel, 1996; Kershaw, Northouse, Krirpracha, Schafenacker y Mood, 2004), apoyando que la RE pudiera ser también una estrategia de afrontamiento para hacer frente al impacto psicosocial del cáncer (Baikie, 2008; Baker, 2009; Manning, 2010), puesto que un diagnóstico de estas características tiene el potencial de suscitar emociones muy profundas que pueden afectar a las actividades diarias, a las relaciones con los demás, a los objetivos de la vida y, por supuesto, a la sensación de control de la persona (Luoma y Håkämies-Blomqvist, 2004).

Las variables de resultados más relevantes a los efectos de la RE en el ajuste psicosocial de los pacientes con cáncer, son el estado de ánimo y la presencia de pensamientos intrusivos o de evitación sobre el cáncer (Derogatis, Abeloff y Melasaratos 1979; Greer, Morris y Pettingdale, 1989; Jarrett, Ramirez, Richards y Weinman, 1992; Jensen, 1987, Temoshok, 1987; Walker, Nail, Larsen, Magill y Schwartz, 1996), por lo que las intervenciones psicosociales destinadas a fomentar la expresión y el procesamiento emocional pueden producir mejoras

en la calidad de vida de estos pacientes (Goodwin et al., 2001, Spiegel, Bloom y Yalom, 1989).

Dejando a un lado la amplia literatura a favor de la RE como estrategia terapéutica, los datos sobre su eficacia en personas con un padecimiento concreto, como el cáncer (Frisina, Borod y Lepore, 2004), no son tan concluyentes. En este sentido, se plantea el siguiente meta-análisis con el objetivo general de estimar los efectos psicológicos y físicos de un procedimiento de RE en pacientes con cáncer de mama (el cáncer más habitualmente estudiado), de acuerdo con el paradigma de Pennebaker, centrado en las variables de calidad de vida, estado de ánimo, impacto de los eventos y calidad de sueño de estas pacientes, como objetivos específicos.

II.- REVISIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

2.1.- Búsqueda y selección de los estudios

Este estudio se realizó con investigaciones comprendidas en el periodo entre 1999 y 2013, las cuales se obtuvieron de las bases de datos: Academich search complete, PsycInfo, Psycarticles, NCBI, Medline, CINAHL, Scopus, Web of Science y Embase. La búsqueda de datos se realizó mediante la combinación de los siguientes términos: [Pennebaker] [expressive writting] [emotional disclosure] [self-disclosure] [moods] [quality of sleep] [quality of life] y [cancer] [breast cancer] [metastatic cancer] [palliative care]. Sólo se encontraron resultados en inglés. El proceso de búsqueda y selección de los artículos se muestran en la Figura 1.

2.1.1.- Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para este meta-análisis fueron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) sobre el cáncer de mama con las medidas de estado de ánimo, calidad de sueño, calidad de vida e impacto de los eventos como medidas de resultado; que siguiesen el procedimiento de re-experimentación emocional de Pennebaker, en formato escrito o hablado y publicados tanto en

español como en inglés. En lo referente a los criterios de exclusión, de las bases de datos sólo se seleccionaron artículos y meta-análisis, excluyendo libros, tesis, manuscritos, estudios de casos, las revisiones narrativas y estudios que usaban metodología cualitativa (Figura 1).

El proceso de selección de los artículos incluidos en la revisión se llevó a cabo por dos revisores¹ de forma independiente y en caso de desacuerdo o duda, intervenía un tercer revisor. Los estudios finalmente analizados tienen un diseño ECA y están publicados en inglés.

Para evaluar la calidad metodológica de los ECAs se empleó la escala SIGN compuesta por 23 ítems divididos en tres secciones (validez interna, evaluación general del estudio y descripción del estudio). Los resultados de aplicar la escala permiten valorar los estudios de acuerdo a los siguientes niveles de evidencia científica:

1++: Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.

1+: Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.

1-: Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.

Las comparaciones entre los grupos experimentales que se realizaron en los ECAs se recogen en la Tabla 1.

Para llevar a cabo el meta-análisis, los ECAs se compararon entre sí de dos maneras: (I) comparando por un lado la RE de pensamientos y sentimientos relacionados con el cáncer de mama con todas estas condiciones (Tabla 1); y, más específicamente, (II) se comparó la condición de RE únicamente con la de

¹ Agradecimiento a Tasmania del Pino Sedeño por su colaboración en este MA.

escritura de hechos relacionados con el cáncer y su tratamiento que no implicaban emociones (Figura 1).

2.2.- Descripción de los estudios seleccionados

Una descripción detallada de los datos de estos estudios se presenta en la Tabla 2.

La edad media de la muestra de los 11 ECAs fue de 48.66 años y todas las pacientes con cáncer de mama en estadio I, II, III y/o IV. En la mayoría de los estudios, la duración de las intervenciones fue de 4 sesiones/semanas de 20 minutos cada una. Cuatro ECAs difieren de estas condiciones: uno duró 5 sesiones de 30 minutos, dos duraron 3 sesiones y otro 1 ó 3 sesiones dependiendo del grupo de intervención, también de 30 minutos. En todos hubo un periodo de seguimiento (desde 1 semana hasta los 9 meses en algunos casos).

En relación a la condición de escritura de hechos relacionados con el cáncer, se seleccionaron 6 estudios. La edad media fue de 43.73 años y su cáncer en estadio I a IV. La duración de las intervenciones también fue de 4 sesiones/semanas de 20 minutos cada una. El periodo de seguimiento fue desde las 3 semanas hasta los 6 meses.

En ocho de los estudios, las pacientes llevaron a cabo el procedimiento en sus casas, uno en el centro médico (de Moor, 2008), otro en un laboratorio de investigación o en una institución médica según el grupo experimental (Low, 2006) y un ECA no lo especifica (Craft, 2013). Todos los estudios, salvo uno (Sandgren, 2003), emplean el formato tradicional (escritura).

2.3.- Procedimiento de análisis

El procedimiento de extracción de los datos este meta-análisis también se realizó mediante un sistema de evaluación por pares. Los resultados de la valoración metodológica con la escala SIGN mostraron una validez interna

oscilante entre 1++ y 1+ en los estudios analizados, correspondiéndose con ensayos clínicos de alta calidad o bien realizados con poco o muy poco riesgo de sesgos.

Este meta-análisis se realizó a través del programa informático Review Manager 5.2, analizando las medidas de resultados más habituales en estos ECAs. Éstas fueron las siguientes variables: calidad de vida, a través de la Escala de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer de Mama (FACT-B; Brady et al. 1997); estado de ánimo mediante el Perfil de Estados de Ánimo (POMS; McNair, Lorr y Droppleman, 1971); impacto de los eventos con la Escala de Impacto de Eventos (IES; Horowitz, Wilner y Álvarez, 1977); y calidad/trastornos del sueño a través del índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989).

III.- RELACIONES, CONTRADICCIONES O INCONSISTENCIAS

3.1.- Resultados

Se analizaron las diferencias de medias, puesto que las medidas provienen de las mismas escalas. Los modelos que se emplean en el análisis son modelos de efectos fijos, ya que el nivel de heterogeneidad (I^2) está por debajo de 0.5 en todos los casos salvo uno, por lo que la heterogeneidad de los estudios es baja-moderada.

Los resultados de la comparación entre el grupo experimental (RE) y todas las condiciones de grupo control se detallan en la Tabla 4.

Para las medidas POMS-afecto negativo, FACT-B, IES-subescala intrusión e IES-subescala evitación los resultados no fueron significativos. Para las medidas POMS-subescala actividad y POMS-total, no se pudo hallar la heterogeneidad porque no aparecen los resultados de los artículos correspondientes. Sin embargo, ambas medidas tampoco reflejan efectos significativos.

Por el contrario, tal y como se puede observar en la Figura 2, en la medida IES-total se encuentra un efecto significativo a favor de la condición experimental (RE) ($Z= 5.75$; IC 95%: -1.84, -0.90; $P < 0.00001$) con una heterogeneidad baja entre los estudios ($I^2 = 0\%$). En el caso de la medida PSQI-total también se encuentra un efecto significativo, pero a favor de la condición control ($Z= 8.02$; IC 95%: 0.43, 0.70; $P < 0.00001$) ($I^2 = 0\%$), tal y como se representa en la Figura 3.

En lo que se refiere a la comparación entre el grupo experimental RE y como grupo control la condición de escritura de hechos relacionados con el cáncer y su tratamiento que no implican emociones, tal y como se puede observar en la tabla 4, los resultados reflejan un efecto significativo en PSQI-total ($Z= 3.93$; IC 95%: 0.25, 0.76; $P < 0.0001$) con una heterogeneidad baja entre los estudios ($I^2 = 0\%$) y un efecto significativo en FACT-B ($Z= 2.25$; IC 95%: 1.40, 20.42; $P = 0.02$), aunque en este caso, la heterogeneidad no se pudo hallar por la insuficiencia de datos de uno de los estudios. Ambos efectos significativos fueron a favor del grupo control tal y como se representan en las Figuras 4 y 5 para PSQI-total y FACT-B respectivamente.

3.2.- Integración de los resultados

En base a los resultados obtenidos en los análisis realizados, se puede apreciar que parece haber una inconsistencia con investigaciones anteriores que apoyan que la RE reduce la frecuencia y/o el impacto de los pensamientos intrusivos sobre el trauma (Lepore et al., 2000), puesto que los resultados de los estudios seleccionados aquí reflejan puntuaciones mayores para el grupo experimental (RE) en pensamientos de intrusión (en la fase de seguimiento) que el grupo control. No obstante, los individuos que conformaban la condición de RE presentaron menores niveles de respuestas de evitación en el seguimiento que el grupo control, coincidiendo así con lo esperado.

En términos generales, en este meta-análisis, la RE parece ser un procedimiento eficaz para la reducción del impacto de los eventos traumáticos como es el cáncer de mama tanto a nivel general como en lo comprendido a

las respuestas de evitación. Sin embargo, la RE parece no surtir efecto en la reducción los pensamientos de intrusión, puesto que es en esta dimensión donde se obtuvieron puntuaciones mayores de la condición experimental en el seguimiento frente al grupo control. Es posible que tanto las respuestas de evitación como los pensamientos intrusivos representen un papel modulador sobre los efectos potenciales de la RE, ya que los niveles iniciales de de estos dos factores que presenten las pacientes podrían limitar o potenciar los efectos de la RE.

Por otra parte, los resultados obtenidos coinciden con lo que se esperaría que una intervención, a través de la cual se pretende recuperar traumas vividos para mejorar la salud y el bienestar de las personas, tuviera un reflejo en los efectos directos del propio trauma (Schoutrop, Lange, Hanewald, Davidovich y Salomon, 2002). Las puntuaciones de este meta-análisis en calidad de vida, tal y como se reflejan en la escala FACT-B, son mayores en el grupo experimental en el seguimiento.

Respecto al nivel de de estado de ánimo negativo (afecto negativo), los individuos que constituían la condición de RE reflejaron menores niveles en las medidas de seguimiento que el grupo control, a pesar de no ser entendido como un efecto significativo.

Por último, en lo referente al sueño, el grupo experimental puntuó más alto en trastornos del sueño que el grupo control durante el periodo de seguimiento. Esto quiere decir que la RE en este meta-análisis no parece mostrar eficacia en la mitigación de los trastornos del sueño en pacientes con cáncer.

3.2.1.- Interpretación de los resultados

Existen ciertas inconsistencias en cuanto a la eficacia de la RE sobre los pacientes de cáncer. Por una parte, hay muy pocos resultados significativos de estudios a favor de la RE en toda la literatura revisada, sin embargo, aunque no haya dicha significación estadística, expresan mejorías y beneficios en las pacientes que conforman el grupo de re-experimentación de pensamientos y

sentimientos sobre el cáncer de mama a las que se les aplica esta estrategia de intervención frente a cualquier condición de grupo control anteriormente mencionadas y analizadas en este meta-análisis (análisis (I) y (II)).

En relación al efecto del procedimiento de RE en mujeres con cáncer de mama, los datos del presente trabajo se suman a los hallados por Low et al. (2010). Parece que las mujeres que viven un diagnóstico de cáncer de mama sufren un deterioro de su calidad de sueño tras completar el procedimiento de RE y, por tanto, la revisión de los pensamientos y emociones negativas (RE) tiene efectos perjudiciales sobre el sueño.

3.3.- Limitaciones de este estudio

Este estudio reúne investigaciones que intentan averiguar la eficacia de este recurso terapéutico sobre aspectos cruciales como la calidad de vida, calidad de sueño, estado de ánimo y pensamientos de intrusión y de evitación en pacientes con cáncer de mama en diferentes estadios de la enfermedad y comparándolas con varios grupos controles. Una de las principales limitaciones de este estudio es el contar con un número no muy extenso de estudios en los que se aplica la RE con pacientes diagnosticadas con cáncer de mama influyendo también en que se cuente con pocos estudios que utilicen el mismo grupo control para poder compararlos. Así mismo, algunos de los estudios publicados que han sido incluidos en este análisis por sus resultados, procedimiento y conclusiones (Creswell, 2007; Stanton, 2002) no aportan la totalidad sus datos, por lo que no se han incluido a la hora de llevar a cabo los análisis de heterogeneidad, pudiendo repercutir en los resultados finales, contribuyendo a que estos resultados no sean tan concluyentes por el hecho de no poder contar con sus datos reales.

IV.- SUGERENCIA PARA AVANZAR EN LA INVESTIGACIÓN

La RE ayuda a reconocer las reacciones personales ante un evento traumático, aumentando el significado asociado a dicha experiencia y, por su parte, la expresión de las emociones relacionadas con el trauma, así como de sus

preocupaciones asociadas, mejora la calidad de vida de los pacientes. Como anteriormente se ha mencionado, se puede deducir que la RE es una estrategia eficaz para el ajuste emocional y físico, ya que mejora tanto la salud mental como la física.

El cambio cognitivo inherente a la RE está relacionado con ayudar a la persona a que se comprenda mejor a sí misma ofreciendo la posibilidad de llevar pensamientos y sentimientos al exterior para encontrar sentido a una situación abrumadora. En los casos de las mujeres con cáncer de mama, la RE les permite reflexionar sobre su experiencia, reconstruir su significado y transformar sus acciones en una ayuda a la adaptación a esta enfermedad y sus circunstancias.

A grandes rasgos y dado que los efectos más importantes de la RE en el ajuste psicosocial son el estado de ánimo y la presencia de pensamientos intrusivos o de evitación sobre el cáncer, aun no siendo resultados significativos, se pueden apreciar menores niveles de estado de ánimo negativo en las condiciones de RE que las del grupo control y, así mismo, la RE parece ser un procedimiento eficaz para la reducción del impacto de un evento traumático en respuestas de evitación. Estos resultados apoyan el hecho de que las intervenciones psicosociales que persiguen el fomento de la expresión y el procesamiento emocional pueden producir mejoras en la calidad de vida de estas pacientes, puesto que los resultados de esta dimensión en este meta-análisis fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

En términos generales, la aplicación del paradigma de la RE ha evidenciado ser una intervención eficaz que ayuda a reducir los síntomas físicos en pacientes con cáncer de mama en su fase temprana (Creswell, 2007; Low, 2006; Low, 2010; Stanton, 2002). Sin embargo, no parece ser beneficiosa en pacientes con un diagnóstico de varios años de esta enfermedad (Creswell, 2007; Low, 2010). Por otra parte, se ha denotado una mayor utilidad de esta estrategia terapéutica en mujeres con bajo nivel de evitación a la hora de narrar pensamientos y sentimientos relacionados con el cáncer de mama (Stanton, 2002).

4.1- Conclusiones

Los resultados de investigaciones anteriores sugieren que el uso de la RE debe atenerse a servir como un complemento a intervenciones que han demostrado su eficacia así como a los tratamientos que han sido apoyados empíricamente. Los resultados de este meta-análisis parecen inclinarse a favor de este punto de vista, ya que en los aspectos donde la RE no ha demostrado eficacia para el grupo experimental posiblemente se podría subsanar con un tratamiento adicional.

En cuestión de recursos económicos y financieros, los tratamientos psicológicos normalmente tienen que competir con los tratamientos médicos, ya que la situación sanitaria promueve investigaciones de bajo coste. Una de las formas que puede favorecer el éxito de los tratamientos psicológicos es demostrar que pueden compensar los costos de salud física (Smyth y Catley, 2002). Muchos estudios recomiendan la RE podría servir como una intervención clínica de bajo coste y muy útil.

Otro aspecto importante a mencionar en este meta-análisis es que la mayoría de los estudios recogidos en él utilizan como grupo control la escritura de hechos relacionados con el cáncer que no implican emociones, pero se podría cuestionar hasta qué punto esta condición se diferencia realmente de la de RE, es decir, hasta qué punto el relatar hechos relacionados con el cáncer como un cambio de dieta, la posible modificación de ejercicio a la que se ven sometidas, el consumo de nuevas sustancias y la retirada de otras, etc. no conlleva un componente emocional. Debido a que esta enfermedad, así como sus hechos relacionados, han promovido una serie de cambios e impactos en la vida de las personas que la padecen, se podría debatir hasta qué punto se puede separar o relatar de forma neutra, sin matices emocionales positivos o negativos, un hecho que ha condicionado y cambiado su vida.

Con todo, futuras investigaciones podrían ayudar a resolver la disparidad de resultados en todas las dimensiones que se presentan y así esclarecer qué características y requisitos se han de cumplir a la hora de aplicar esta

estrategia terapéutica para alcanzar y beneficiar a una muestra más extensa, así como favorecer la clarificación de los puntos débiles de esta técnica en cuanto a su fracaso en variables como el sueño en pacientes que llevan varios años con el diagnóstico de cáncer de mama.

V.- REFERENCIAS²

- Baikie, K.A. (2008). Who does expressive writing work for? Examination of alexithymia, splitting and repressive coping style as moderators of the expressive writing paradigm. *British Journal of Health Psychology* 13, 61-66.
- Baker, S. (2009). Tell it slant: history, memory and imagination in the healing writing workshop. *Traumatology*, 15, 15-23.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. y Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 6, 434-437.
- * Craft, M.A., Davis, G.C. y Paulson, R.M. (2013). Expressive writing in early breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing* 69, 305-315.
- * Creswell, J.D., Lamn, S., Stanton, A.L., Taylor, S.E.; Bower, J.E. y Sherman, D.K. (2007). Does Self-Affirmation, Cognitive Processing, or Discovery of Meaning Explain Cancer-Related Health Benefits of Expressive Writing?. *Personality and Social Psychology Bulletin* 33, 238-250.
- * de Moor, J.S., Moyé, L., Low, M.D., Rivera, E.; Singletary, S.E., Fouladi, R.T. y Cohen, L. (2008). Expressive writing as a presurgical stress management intervention for breast cancer patients. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 6, 59-66.
- Derogatis, L.R., Aheloff, M. y Melasaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *JAMA*, 242, 1504-1508.

² Las referencias marcadas con un asterisco (*) son los estudios seleccionados para el meta-análisis.

- Esterling, B.A., Antoni, M.H., Kumar, M. y Schneiderman, N. (1990). Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein- Barr viral capsid antigen titers. *Psychosomatic Medicine*, 52, 379-410.
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865.
- Frisina, P.G., Borod, J. C. y Lepore, S.J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, 629-634.
- * Gellaitry, G., Peters, K., Bloomfield, D. y Home, R. (2010). Narrowing the gap: The effects of an expressive writing intervention on perceptions of actual and ideal emotional support in women who have completed treatment for early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 77-84.
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H. y Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345, 1719-1726.
- Graves, K.D., Schmidt, J.E., Bollmer, J., Fejfar, M., Langer, S., Blonder, L.X. y Andrykowski, M.A. (2005). Emotional expression and emotional recognition in breast cancer survivors: A controlled comparison. *Psychology & Health*, 20, 579-595.
- Greer, S., Morris, T. y Pettingdale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 6146, 785-787.
- Jarrett, S.R., Ramirez, A.J., Richards, M.A. y Weinman, J. (1992). Measuring coping in breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 593-602.
- * Jensen, M.R. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality*, 55, 317-342.

Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A. y Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19, 139-155.

King, L. (2002). Gain without pain? Expressive writing and self-regulation. En S.J. Lepore y J.M. Smyth (Eds.), *The writing cure* (pp. 119-134). Washington DC: American Psychological Association.

Lepore, S. J., Ragan, J. D. y Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 499-508.

Lepore, S.J., Greenberg, M. A., Bruno, M. y Smyth, J. M. (2002). Expressive writing and health: Self regulation of emotion-related experience, physiology, and behavior. En S.J. Lepore y J.M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 99-117). Washington, DC: American Psychological Association.

* Low, C.A., Stanton, A.L. y Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: Mechanisms for positive health effects. *Health Psychology*, 25, 181-189.

* Low, C.A., Stanton, A.L., Bower, J.E. y Gyllenhammer, L. (2010). A randomized controlled trial of emotionally expressive writing for women with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 29, 460-466.

Luoma, M. y Hakamies-Blomqvist, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 13, 729-739.

Manning J. (2010). There is no agony like bearing an untold story inside you: Communication research as interventive practice. *Communication Monographs* 77, 437-439.

* Mosher, C.E. DuHamel, K.N., Lam, J., Dickler, M., Li, Y., Massie, M.J. y Norton, L. (2012). Randomized trial of expressive writing for distressed metastatic breast cancer patients. *Psychology & Health*, 27, 88-100.

Pennebaker J.W. (1993) Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behavioral Research Therapeutics* 31, 539-548.

Pennebaker J.W., Mayne T.J. y Francis M.E. (1997) Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology* 72, 863-871.

Pennebaker J.W., Richards J.M., Beall W.E. y Seagal J.D. (2000) Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 156-160.

Pennebaker, J.W. y Francis, M.E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601-626.

Pennebaker, J.W. y Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 274-281.

Pennebaker, J.W., Colder, M. y Sharp, L.K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.

Pennebaker, J.W., Hughes, C.F. y O'Heeron, R.C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.

Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, J. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.

Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, P. y Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 787-792.

Petrie, K. J., Fontanilla, I., Thomas, M. G., Booth, R. J. y Pennebaker, J. W. (2004). Effect of written emotional expression on immune function in patients with human immunodeficiency virus infection: A randomized trial. *Psychosomatic Medicine*, 66, 272-275.

* Sandgren, A.K. y McCaul, K.D. (2003). Short-term effects of telephone therapy for breast cancer patients. *Health Psychology*, 22, 310-315.

Schoutrop, M. J. A., Lange, A., Hanewald, G., Davidovich, U. y Salomon, H. (2002). Structured writing and processing major stressful events: A controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 151–157.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Obesity. A national clinical guideline. 2010.

Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.

Smyth, J. M. y Catley, D. (2002). Translating research into practice: Potential of expressive writing in the field. En S. J. Lepore y J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 199-214). Washington, DC: American Psychological Association.

Spiegel, D., Bloom, J. R. y Yalom, I. D. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.

* Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L.A., Collins, C.A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, ... Austenfeld, J.L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4160-4168.

Steele, C.M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in experimental social psychology*, 21, 261-302.

Stone, A.A., Smyth, J.M., Kaell, A. y Hurewitz, A. (2000). Structured writing about stressful events: Exploring potential psychological mediators of positive health effects. *Health Psychology*, 19, 619-624.

Taylor, S.E. y Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.

Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion, and cancer: Toward an integrative model, *Cancer Surveys*, 6, 545-567.

* Walker, B.L., Nail, L M. y Croyle, R.T. (1999). Does emotional expression make a difference in reactions to breast cancer? *Oncology Nursing Forum*, 26, 1025-1032.

Walker, E.L., Nail, L.M., Larsen, L., Magill, J. y Schwartz, A. (1996). Concerns, affect, and cognitive disruption following completion of radiation treatment for localized breast or prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23, 1181-1187.

Figura 1.- Búsqueda y selección de los artículos.

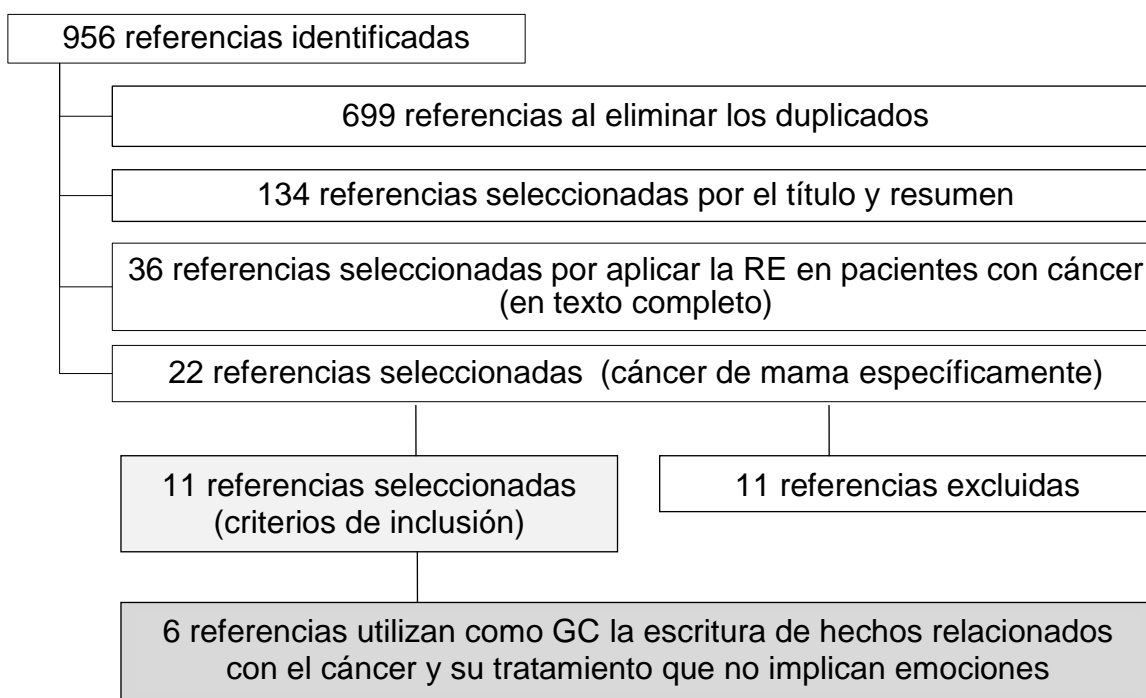


Tabla 1.- Comparaciones entre los grupos experimentales que se realizaron en los ECA.

RE de pensamientos y sentimientos relacionados con el cáncer de mama en comparación con:
RE sobre un evento traumático autoseleccionado.
Pensamientos y sentimientos positivos relacionados con el cáncer.
Escritura de hechos relacionados con el cáncer y su tratamiento que no implican emociones (dietas, ejercicio, consumo de sustancias, etc.).
Cuestiones triviales / Actividades diarias.
Educación para la salud.
No escritura.

Nota: RE: Re-experimentación emocional

Tabla 2.- Descripción de los estudios

Autor	N aleatorizados	Fase cáncer	Edad media	Formato	Nº sesiones	Tiempo sesiones	Validez Interna	Nº Brazos	Tema escritura vs RE
Craft 2013	116	I, II y III	56	Escrito	4	20 min	1++	4	Evento traumático autoseleccionado Hechos relacionados con el cáncer No escritura
Creswell 2007	60	I y II	49,5	Escrito	4	20 min	1++	3	Pensamientos y sentimientos positivos relacionados con el cáncer Hechos relacionados con el cáncer
de Moor 2008	64	II y III	53,53	Escrito	3	20 min	1++	2	Hechos relacionados con el cáncer
Gellaitry 2010	93	I y II	58,4	Escrito	4	20 min	1+	2	No escritura
Jensen-Johansen 2013	507	I y II	48,5	Escrito	3	20 min	1++	3	Evento traumático autoseleccionado Actividades diarias
Low 2006	63	I y II	-	Escrito	4	20 min	1++	3	Hechos relacionados con el cáncer Pensamientos y sentimientos positivos relacionados con el cáncer
Low 2010	76	IV	53,8	Escrito	4	20 min	1++	2	Hechos relacionados con el cáncer
Mosher 2012	90	IV	57,95	Escrito	4	20 min	1++	2	Cuestiones triviales
Sandgren 2003	222	I, II y III	54,5	Oral (teléfono)	5	20 min	1+	3	Educación para la salud No escritura
Stanton 2002	63	I y II	49,53	Escrito	4	20 min	1+	3	Hechos relacionados con el cáncer Pensamientos y sentimientos positivos relacionados con el cáncer
Walker 1999	44	I y II	53,6	Escrito	1 ó 3	30 min	1+	3*	No escritura

Nota: RE: Re-experimentación Emocional

*RE en 1 vs 3 sesiones.

Tabla 3.- Resultados (RE vs todos los GC)

	Estudio	RE cáncer			GC			Peso	Diferencia de medias	Heterogeneidad	Efecto global
		\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	n	%	Efecto fijo, IC 95%		
POMS-afecto negativo	Gellaitry, 2010	20.63	24.21	38	24.21	36.97	42	0.3	-3.58 [-17.15, 9.99]	Chi ² = 2.26, df = 2 (p=0.32); I ² = 12%	Z = 1.09 (p = 0.27)
	Jensen-Johansen, 2013	3	17.9	101	6.7	22.1	225	3.1	-3.70 [-8.23, 0.83]		
	Low, 2006	13.58	1.15	20	13.91	1.3	16	96.6	-0.33 [-1.14, 0.48]		
	Stanton, 2002	0	0	42	0	0	18	0	No estimable		
	Total (IC 95%)			159			283		-0.45 [-1.24, 0.35]		
POMS-Subesc. Activ.	Sandgren, 2003	18.88	6.3	89	19.5	5.39	55	100	-0.62 [-2.55, 1.31]	No aplicable	Z = 0.63 (p= 0.53)
	Stanton, 2002	0	0	42	0	0	18	0	No estimable		
	Total (IC 95%)			89			55		-0.62 [-2.55, 1.31]		
POMS-total	Sandgren, 2003	16.32	32.2	89	19.5	30.6	55	100	-0.10 [-0.44, 0.24]	No aplicable	Z = 0.59 (p = 0.56)
	Creswell, 2007	0	0	40	0	0	20	0	No estimable		
	Total (IC 95%)			89			55		-3.18 [-13.68, 7.32]		
FACT-B-	Craft, 2013	112.6	9.12	26	101.69	24.7	30	20.3	10.91 [1.40, 20.42]	Chi ² = 2.76, df = 2 (p=0.25); I ² = 27%	Z = 1.71 (p = 0.09)
	Gellaitry, 2010	109.56	19.81	38	108.03	21.36	42	22.5	1.53 [-7.49, 10.55]		
	Sandgren, 2003	120.01	17.35	89	117.96	16.51	55	57.2	2.05 [-3.61, 7.71]		
	Stanton, 2002	0	0	42	0	0	18	0	No estimable		
	Total (IC 95%)			153			127		3.73 [-0.55, 8.01]		
IES-Subesc. Evitación	Jensen-Johansen, 2013	8.5	7.9	99	8.8	8.9	223	43.2	-0.30 [-2.25, 1.65]	Chi ² = 0.14, df = 1 (p=0.70); I ² = 0%	Z = 0.02 (p = 0.98)
	Walker, 1999	9.5	2.4	16	9.3	2.5	16	56.8	0.20 [-1.50, 1.90]		
	Total (IC 95%)			115			239		-0.02 [-1.30, 1.26]		
IES-Subesc. Intrusión	Jensen-Johansen, 2013	7.5	7	99	7.3	7.7	223	38.5	0.20 [-1.51, 1.91]	Chi ² = 4.28, df = 1 (p=0.04); I ² = 77%	Z = 1.23 (p= 0.22)
	Walker, 1999	9.5	2.4	16	9.3	2.5	16	56.8	0.20 [-1.50, 1.90]		
	Total (IC 95%)			115			239		1.41 [-0.84, 3.66]		
IES-total	Jensen-Johansen, 2013	16	13.2	99	16.1	14.5	223	2.1%	-0.10 [-3.32, 3.12]	Chi ² = 0.61, df = 1 (P = 0.43); I ² = 0%	Z = 5.75 (p < 0.00001)
	Low, 2010	8.7	0.94	31	10.1	0.96	31	97.9%	-1.40 [-1.87, -0.93]		
	Total (IC 95%)			130			254		-1.37 [-1.84, -0.90]		
PSQI-total	de Moor, 2008	8.28	4.24	16	6.9	4.18	21	0.9	1.38 [-1.36, 4.12]	Chi ² = 0.39, df = 1 (p = 0.53); I ² = 0%	Z = 3.93 (p < 0.0001)
	Low, 2010	7.1	0.51	31	6.6	0.51	31	99.1	0.50 [0.25, 0.75]		
	Total (IC 95%)			47			52		0.51 [0.25, 0.76]		

Tabla 4.- Resultados (RE vs Escritura hechos relacionados con el cáncer y tu tratamiento que no implican emociones)

	Estudio	RE cáncer			GC			Peso	Diferencia de medias	Heterogeneidad	Efecto global
		\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	n	%	Efecto fijo, IC 95%		
PSQI- total	de Moor, 2008	8.28	4.24	16	6.9	4.18	21	0.9	1.38 [-1.36, 4.12]	Chi ² = 0.39, df = 1 (p = 0.53); I ² = 0%	Z = 3.93 (p < 0.0001)
	Low, 2010	7.1	0.51	31	6.6	0.51	31	99.1	0.50 [0.25, 0.75]		
	Total (IC 95%)			47			52		0.51 [0.25, 0.76]		
FACT-B	Craft, 2013	112.6	9.12	26	101.69	24.7	30	100	10.91 [1.40, 20.42]	No aplicable	Z = 2.25 (p = 0.02)
	Stanton, 2002	0	0	21	0	0	18	0	No estimable		
	Total (IC 95%)			26			30		10.91 [1.40, 20.42]		

Figura 2.- IES-total (RE vs todas las condiciones control).

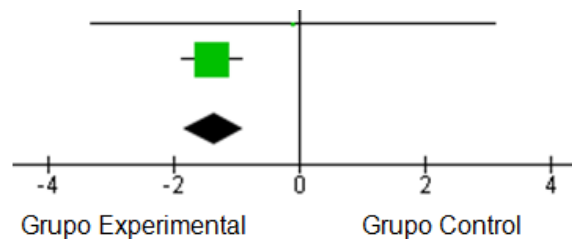


Figura 3.- PSQI-total (RE vs todas las condiciones control).

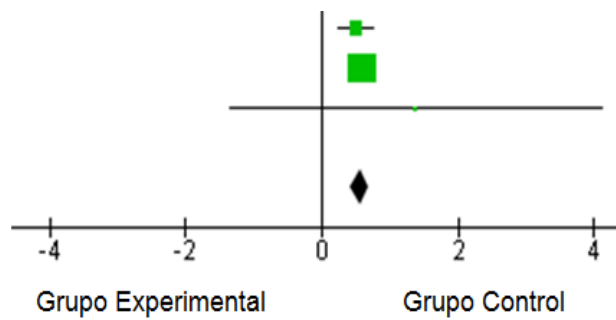


Figura 4.- PSQI-total (RE vs escritura de hechos relacionados con el cáncer y su tratamiento que no implican emociones).

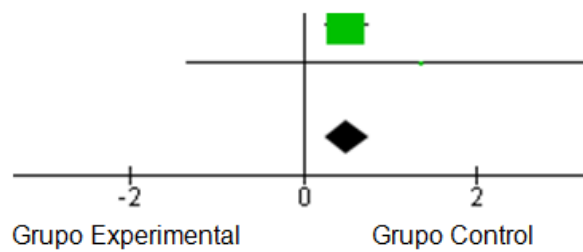


Figura 5.- FACT-B (RE vs escritura de hechos relacionados con el cáncer y su tratamiento que no implican emociones).

