



Facultad de Psicología

Trabajo de
final de grado

Modalidad 1

“Trabajos de revisión bibliográfica”

Intervención
psicológica en
adolescentes y adultos
jóvenes supervivientes
de cáncer: una revisión
sistemática

Autor/a del TFG

Raquel Vilar López

Grado en Psicología

Año 2025

Trabajo de Final de Grado presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Psicología

“A los que lucharon, luchan y lucharán. A los que acompañan. A los que investigan. Al final, la vida son los recuerdos que nos llevamos, las personas, el amor; y yo ya he ganado.”

– *E. H.*

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Método.....	10
Resultados.....	13
1. Objetivos y tipo de diseño.....	22
2. Muestras.....	22
3. Variables e instrumentos de evaluación.....	23
4. Características del tratamiento.....	25
5. Resultados principales de las intervenciones	29
Discusión.....	32
Conclusiones	38
Referencias bibliográficas	40
Índice de tablas	48
Índice de figuras	49
Anexo	50

Resumen

El diagnóstico de cáncer durante la adolescencia y adultez temprana representa un desafío único que afecta profundamente al desarrollo personal y psicosocial de quienes lo padecen. Este trabajo tiene por objetivo analizar la eficacia de distintas intervenciones psicológicas dirigidas a adolescentes y adultos jóvenes (AYA) supervivientes de cáncer, considerando sus características evolutivas y necesidades específicas.

Se ha realizado una revisión sistemática de 16 estudios científicos encontrados en las bases de datos MEDLINE, PsycINFO, PubMed, SCOPUS y Web Of Science (WoS). En las investigaciones revisadas, se aplicaron diferentes terapias psicológicas: terapia cognitivo-conductual, mindfulness, terapia de aceptación y compromiso, psicología positiva, terapias creativas y expresivas, coaching y terapias multimodales. El análisis de los resultados obtenidos confirma la eficacia de todos los enfoques terapéuticos en el alivio del malestar psicológico, así como en la mejoría de la calidad de vida de los jóvenes supervivientes de cáncer. Por último, atendiendo a las consideraciones aportadas desde la literatura revisada, de cara a la investigación futura, se propone avanzar en el diseño de intervenciones psicológicas específicas y rigurosas para AYA supervivientes de cáncer, a la vez que mejorar el acceso de estos jóvenes a los servicios de salud mental.

Palabras clave: cáncer, adolescentes y adultos jóvenes, supervivientes, intervención psicológica y calidad de vida.

Número de palabras del trabajo: 7710

Abstract

A cancer diagnosis during adolescence and early adulthood represents a unique challenge that profoundly affects the personal and psychosocial development of those who suffer from it. This study aims to analyze the effectiveness of various psychological interventions aimed at adolescent and young adult (AYA) cancer survivors, considering their developmental characteristics and specific needs.

A systematic review was conducted of 16 scientific studies found in MEDLINE, PsycINFO, PubMed, SCOPUS, and Web of Science (WoS). These included various psychological therapies (cognitive-behavioral therapy, mindfulness, acceptance and commitment therapy, positive psychology, creative and expressive therapies, coaching, and multimodal therapies). The results showed that all the therapeutic approaches evaluated achieved positive effects, contributing to alleviating psychological distress and improving the quality of life of young people. However, limitations were identified, including the small sample size due to difficulties in recruiting this population, and the methodological and therapeutic diversity of the studies. As a future direction, we propose advancing the design of specific and rigorous psychological interventions for AYA cancer survivors, as well as improving these young people's access to mental health services.

Keywords: cancer, adolescents and young adults, survivors, psychological intervention and quality of life.

Introducción

Cada año, alrededor de un millón de adolescentes y adultos jóvenes de entre 15 y 39 años son diagnosticados de cáncer a nivel mundial (Allais et al., 2023). En España, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) registró 8758 casos en esta franja de edad solo en el año 2024, alertando además sobre el aumento progresivo de la incidencia durante las últimas décadas. Un diagnóstico de cáncer en la adolescencia y la adultez temprana supone una interrupción abrupta en un momento clave del desarrollo vital, sacudiendo el presente con cambios y preocupaciones inesperadas, así como condicionando un futuro que aún está por construirse.

Esta realidad ha derivado en el reconocimiento de este grupo como una población oncológica con necesidades y características clínicas diferenciadas, conocida como AYA (Adolescents and Young Adults), término acuñado en el informe pionero de *Adolescent and Young Adult Oncology Progress Review Group* (AYAO PRG, 2006) con la finalidad de visibilizar y abordar las particularidades de estos pacientes dentro del ámbito oncológico.

La incidencia de los tipos de cáncer varía considerablemente a lo largo del espectro de edad de los AYA, siendo los más comunes el cáncer de mama, linfomas, leucemias, tumores de células germinales, sarcomas, carcinomas y tumores del sistema nervioso central (AYAO PRG, 2006). A pesar de que el cáncer es la causa de muerte más común entre los pacientes AYA, sus tasas de supervivencia son cada vez más altas y sus características biológicas, psicológicas, sociales y tumorales los distinguen tanto de la población pediátrica como de la adulta. Sin embargo, históricamente han sido considerados como “tierra de nadie” dentro de los sistemas de salud, al quedar fuera de los enfoques específicos de oncología pediátrica y adulta (Allais et al., 2023).

La adolescencia y la adultez temprana son momentos cruciales del desarrollo humano, marcadas por la consolidación de la identidad, la adquisición de la independencia y la formación de relaciones sociales y proyectos de vida. En este contexto, el cáncer introduce una

doble vulnerabilidad, coexistiendo la provocada por la enfermedad y la inherente a una etapa evolutiva crítica. Esta combinación, lejos de ser una simple pausa en su trayectoria vital, puede desestabilizar significativamente los procesos de exploración y crecimiento personal de los jóvenes (Pérez y Martínez, 2015).

Aunque muchos de los AYA supervivientes de cáncer logran encontrar sentido a la experiencia oncológica y desarrollan un crecimiento postraumático, existe una gran parte que sufre secuelas negativas relacionadas con una fuerte tensión y carga psicológica, que pueden intensificarse con el tiempo. Esto refleja que, finalizar el tratamiento médico, no implica el fin de los efectos del cáncer a largo plazo (Bradford et al., 2022). Entre las secuelas más frecuentes que sufren, se encuentran la fatiga crónica, el insomnio, el dolor persistente, las dificultades de concentración y memoria, y alteraciones físicas visibles (como pérdida del cabello, bajada de peso, cicatrices o deterioro de la masa muscular) que afectan a la imagen corporal y a la autoestima (Bradford et al., 2022; Docherty et al., 2015; Pérez y Martínez, 2015).

Estos cambios, junto con posibles efectos adversos en la función reproductiva y sexual, pueden generar sentimientos de falta de atractivo y vergüenza, inseguridad y aislamiento social. Además, el impacto emocional se ve reflejado en altos niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático, miedo e incertidumbre, agravados por las exigencias del tratamiento y las interrupciones en la vida cotidiana, modificando la trayectoria educativa, laboral y otras funciones de los roles sociales (Bradford et al., 2022; Docherty et al., 2015; Pérez y Martínez, 2015).

Asimismo, al tratarse de una población con capacidad cognitiva suficiente para comprender la gravedad de su diagnóstico y para afrontar la posibilidad real de su propia mortalidad, el proceso psicológico que atraviesan se vuelve especialmente complejo. Esta toma de conciencia, poco habitual en etapas vitales tan tempranas, configura un escenario de elevada fragilidad psicosocial en estos jóvenes (Docherty et al., 2015).

Pese a esta repercusión psicológica del cáncer, estudios revelan que muchos AYA encuentran dificultades para expresar lo que sienten (Docherty et al., 2015; Hughes et al., 2024). La gran mayoría tienden a minimizar o desatender sus propias necesidades psicológicas durante el proceso oncológico, lo cual incrementa el riesgo de cronificación de los síntomas emocionales tras el tratamiento. Además, el temor a preocupar a sus familias, la sensación de no ser del todo comprendidos o el deseo de mantener una imagen de fortaleza favorecen la

represión emocional y el uso de estrategias de evitación, como recurrir a distracciones para no afrontar directamente sus miedos. Esta tendencia al silencio emocional puede retrasar significativamente el acceso a recursos de apoyo y contribuir al aislamiento (Hughes et al., 2024).

De forma paralela, esta situación se ve agravada por la escasa disponibilidad de servicios de salud mental específicamente diseñados para atender a esta población, así como por la falta de información clara sobre cómo acceder a dichos recursos. Incluso, aquellos dispositivos de atención psicológica que existen, no suelen estar adaptados a las particularidades de los pacientes AYA, sino desarrollados para otras poblaciones más jóvenes o adultas, resultando en gran medida inadecuados para darles una respuesta terapéutica sensible, adecuada y eficaz (Hughes et al., 2024).

En esta línea, ha cobrado especial relevancia el valor del apoyo grupal y entre pares como estrategia de intervención psicosocial para mejorar la calidad de vida de los jóvenes. Este tipo de formatos ofrece a los AYA supervivientes espacios seguros donde compartir experiencias poco comunes con personas de su misma edad que han atravesado situaciones similares, lo que permite crear sentimientos de pertenencia y reconocimiento mutuo, facilitando la expresión emocional y la validación de vivencias (Hughes et al., 2024).

Habitualmente, el seguimiento tras el cáncer se centra en el control clínico de recaídas y de efectos secundarios. No obstante, se hace cada vez más evidente la necesidad de adoptar una visión integral y multidisciplinar que incluya un acompañamiento emocional, funcional y social que cubra las necesidades de estos jóvenes supervivientes. En este sentido, establecer una relación sólida y de confianza con profesionales de salud mental no solo permite una mayor adherencia al tratamiento, sino que también mejora el bienestar general de estos jóvenes a largo plazo. Comprender qué áreas de su vida se ven más afectadas y en qué grado constituye un paso esencial para diseñar intervenciones psicológicas eficaces y verdaderamente adaptadas a sus características (Bradford et al., 2022).

En los últimos años, la literatura científica ha mostrado un creciente interés por comprender el impacto emocional y psicosocial del cáncer en esta población, especialmente en la etapa de supervivencia. Diversos estudios se han centrado en analizar las necesidades psicológicas específicas de los AYA (Alfonso Rodríguez et al., 2024; Kent et al., 2012), mientras que otros han evaluado la eficacia de diferentes intervenciones psicosociales dirigidas

a este grupo, mostrando resultados prometedores en la salud mental general de los jóvenes (O'Donnell et al., 2025; Richter et al., 2015; Walker et al., 2016).

No obstante, a pesar de la evidencia emergente sobre el deterioro en la calidad de vida de los AYA supervivientes de cáncer, la investigación centrada en intervenciones psicológicas específicamente diseñadas para ellos sigue siendo escasa. Además, la heterogeneidad de los enfoques terapéuticos existentes, la falta de medidas estandarizadas y el uso frecuente de muestras reducidas, dificultan la comparación entre estudios y la obtención de conclusiones sólidas (Murphy et al., 2023).

Por consiguiente, el objetivo principal del presente trabajo es realizar una revisión sistemática de la bibliografía disponible en la última década sobre la eficacia de diferentes terapias psicológicas empleadas para reducir el malestar psicológico que supone el cáncer en adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer, atendiendo a las particularidades evolutivas y psicosociales que los caracterizan.

Desde una perspectiva personal, y como superviviente de cáncer durante la adolescencia, esta revisión adquiere un significado especial, puesto que refleja la importancia de experiencias que trascienden meros resultados clínicos. Luchar por una mejor comprensión y un mayor apoyo psicológico adecuados a los jóvenes es fundamental para poder acompañar integralmente a aquellos que enfrentan esta dura realidad.

Método

Para la realización de la búsqueda de información que conforma la presente revisión sistemática se utilizó como guía la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021). Este proceso se inicia con una fase exploratoria en Google Scholar, cuyo objetivo fue obtener una visión general del área de estudio y estimar el volumen de información disponible sobre el tema de interés. Además, se identificaron los términos clave a utilizar en la estrategia de búsqueda.

Posteriormente, con el fin de identificar los artículos más relevantes y significativos relacionados con el objeto de investigación, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en cinco bases de datos: MEDLINE, PsycINFO, PubMed, SCOPUS y Web Of Science (WoS).

En cada una de ellas, se utilizaron como palabras clave: “psychological intervention”, “psychotherapy”, “psychological treatment”, “cognitive behavioral therapy”, “CBT”, “adolescents”, “young adults”, “AYA”, “cancer survivors” y “cancer survivorship”. Es importante señalar que, inicialmente, se emplearon menos conceptos; sin embargo, debido a la amplia literatura existente, fue necesario refinar la búsqueda para garantizar la inclusión de los artículos más adecuados al tema de trabajo. Además, se tuvo en cuenta desde un primer momento el criterio fundamental de que la fecha de publicación fuese en los últimos diez años.

Seguidamente, se presenta la ecuación de búsqueda con la pertinente combinación de operadores booleanos utilizada y el número de resultados obtenidos (véase Tabla 1).

Tabla 1

Combinación de términos de búsqueda y número de resultados obtenidos inicialmente

Combinación de términos de búsqueda	Número de resultados
(“psychological intervention” OR “psychotherapy” OR “psychological treatment” OR “cognitive behavioral therapy” OR “CBT”) AND (“adolescents” OR “young adults” OR “AYA”) AND (“cancer survivors” OR “cancer survivorship”)	MEDLINE: 31 PsycINFO: 28 PubMed: 31 SCOPUS: 124 Web Of Science (WoS): 37

Entre los resultados iniciales, se obtuvieron un total de 251 artículos, de los cuales fueron excluidos 241. Se descartaron aquellos documentos que estuviesen duplicados, así como aquellos cuyo título o resumen no se ajustasen a la finalidad de la revisión. Posteriormente, se revisaron los estudios seleccionados en su totalidad, eliminando aquellos que no cumplieren los criterios de inclusión (véase Tabla 2). Tras este proceso, se seleccionaron un total de 10 estudios mediante la búsqueda sistemática en las bases de datos previamente mencionadas.

Tabla 2

Criterios de inclusión y criterios de exclusión para la selección de artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Estudios realizados en los últimos 10 años	-Estudios anteriores al año 2015
-Estudios cuya muestra sean adolescentes y adultos jóvenes (AYA) supervivientes de cáncer	-Estudios cuya muestra sean menores en etapa pediátrica, adultos o personas mayores.
-Estudios publicados en español o inglés	-Estudios publicados en idiomas distintos al español o inglés
-Estudios que incluyan a supervivientes de cáncer sin ningún tipo de comorbilidad	-Estudios que incluyan a supervivientes de cáncer con comorbilidades que puedan afectar la intervención psicológica
-Estudios empíricos	-Estudios teóricos
-Estudios científicos publicados en revistas	-Trabajos académicos (TFG, TFM o tesis doctorales), revisiones, guías y protocolos

Finalmente, se llevó a cabo una búsqueda manual analizando las bibliografías de los artículos seleccionados para localizar estudios adicionales que pudiesen resultar de utilidad. De este modo, se identificaron y seleccionaron 6 artículos más que cumplían con los criterios de inclusión propuestos.

Teniendo en cuenta esto, se muestra a continuación el diagrama de flujo que refleja detalladamente el proceso completo de selección de los artículos incluidos en esta revisión. Como resultado de dicho procedimiento, se identificaron un total de 16 publicaciones que conforman la base de la presente revisión bibliográfica (véase Figura 1).

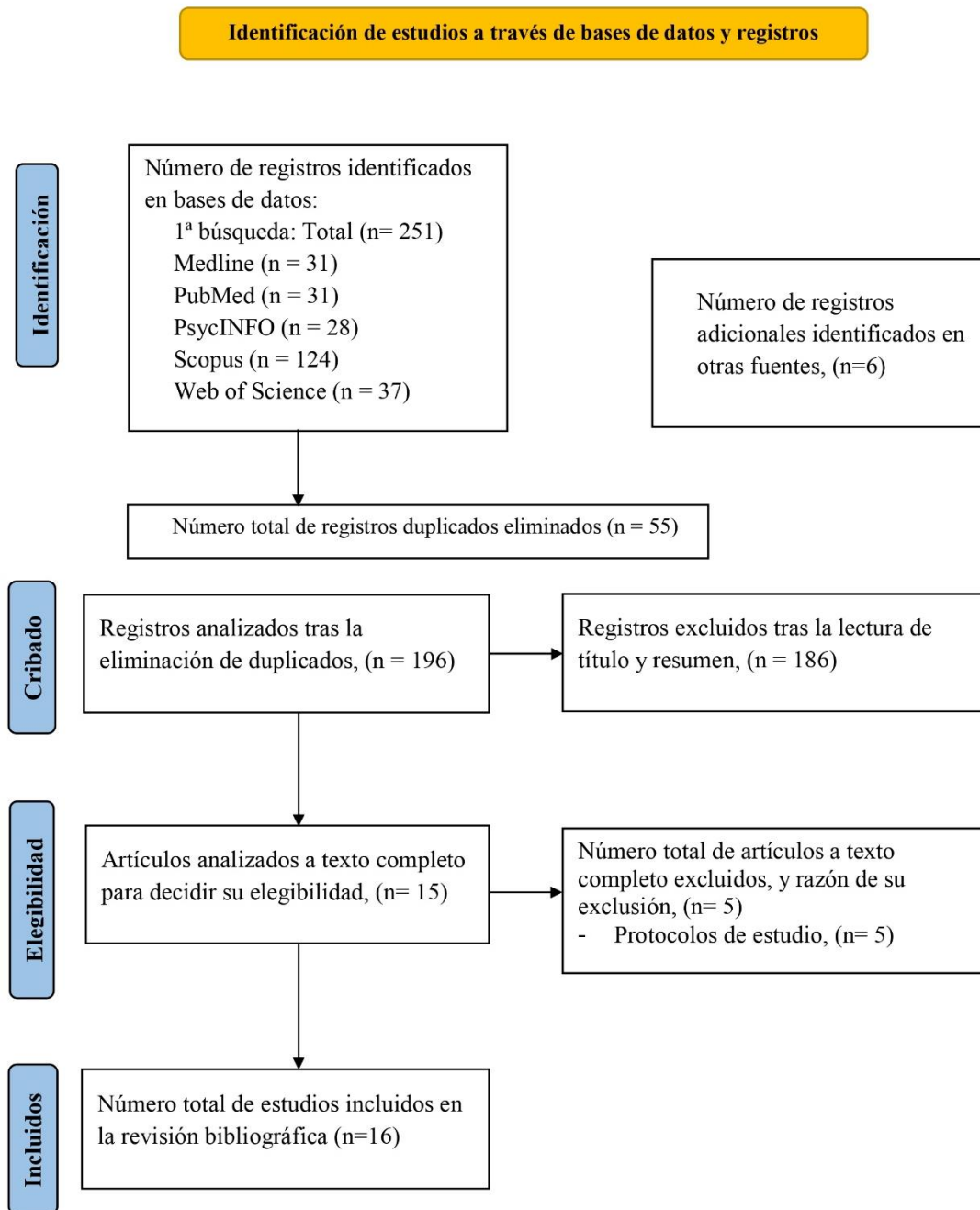


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios para esta revisión. (Page et al., 2021)

Resultados

Tras un análisis exhaustivo de los artículos seleccionados, se presentan los hallazgos más relevantes a continuación. A este respecto, la Tabla 3 sintetiza la información obtenida más relevante y se articula en los siguientes aspectos: objetivos y diseños de investigación, características de las muestras, variables e instrumentos de evaluación, tipos de tratamiento y principales resultados obtenidos.

Tabla 3
Resumen de las características de los estudios que analizan la eficacia de intervenciones psicológicas en AYA supervivientes de cáncer

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
Fisher et al. (2015)	<p>Examinar el potencial de la terapia metacognitiva (TCM) para aliviar el distrés emocional en adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer.</p> <p>Ensayo piloto abierto no aleatorizado con evaluación inicial, postintervención y de seguimiento (6 meses).</p>	<p>N = 12 participantes entre 18-23 años (Reino Unido)</p> <p>Sexo: 33% F / 67% M</p> <p>Edad media: 20,7 años</p> <p>Tipología cáncer: linfoma de Hodgkin, leucemia, tumor cerebral, rhabdomyosarcoma y osteosarcoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad y depresión hospitalaria: HADS - Impacto de eventos: IES-R - Creencias y procesos metacognitivos: MCQ-30 y CAS-1 - Credibilidad y Expectativa: CEQ 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del modelo metacognitivo, modificación de creencias negativas, aplazamiento de la rumia/preocupación, retribución verbal y conductual, y prevención de recaídas. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 12 sesiones (1 sesión/semana; aunque hubo algunas más separadas por vacaciones, enfermedad o trabajo).</p> <p>Duración: 45/60 minutos/sesión.</p> <p>Tipo de profesional: psicólogo clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción significativa en la ansiedad, depresión, síntomas de trauma, y creencias y procesos metacognitivos. - La mayoría de participantes mostraron al menos una mejora y la mitad fueron clasificados como recuperados. - Aceptación y factibilidad del tratamiento.
Van der Gucht et al. (2017)	<p>Evaluar la eficacia del mindfulness (MBI) para reducir la angustia emocional y mejorar la calidad de vida de AYA supervivientes de cáncer.</p> <p>Diseño intrasujeto con dos evaluaciones iniciales (1 y 8 semanas), una evaluación postintervención (1 semana) y seguimiento (3 meses).</p>	<p>N = 16 participantes entre 14-24 años (Bélgica)</p> <p>Sexo: 62,5% F / 37,5% M</p> <p>Edad media: 19,5 años</p> <p>Tipología cáncer: linfoma de Hodgkin/no Hodgkin, leucemia, sarcoma, osteosarcoma, seminoma, carcinoma, neuroblastoma, cerebral y anemia aplásica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida pediátrica: PedsQL - Depresión, ansiedad y estrés: DASS-21 - Depresión: LEIDS-R - Afectividad positiva: RPA - Actitud hacia uno mismo: ATS-R - Miedo a la recurrencia del cáncer: FCRI-SF - Atención plena: CAMM 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mindfulness (respiración corporal, yoga consciente, meditación de introspección) - Psicoeducación (estrés, depresión, autocuidado...). <p>Nº de sesiones y frecuencia: 8 sesiones (1 sesión/semana).</p> <p>Duración: 90 minutos/sesión.</p> <p>Tipo de profesional: psicólogos clínicos formados en MBCT y MBSR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción significativa de la angustia emocional y mejoría en la calidad de vida a los 3 meses de seguimiento. - Disminución de las actitudes negativas hacia uno mismo. - Mejora en habilidades de mindfulness.
Hagström et al. (2019)	<p>Examinar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una terapia cognitivo-conductual (TCC) en AYA supervivientes de cáncer e identificar preocupaciones relacionadas con el cáncer.</p> <p>Diseño intrasujeto con evaluación inicial, postintervención y seguimiento (3 meses).</p>	<p>N = 10 participantes entre 17-25 años (Suecia)</p> <p>Sexo: 40% F / 60% M</p> <p>Edad media: 21 años</p> <p>Tipología cáncer: linfoma, leucemia, sarcoma, tumor del SNC y otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión: MADRS - Trastorno psiquiátrico: MINI - Ansiedad: BAI y SHAI - TEPT: PCL-C - Preocupación: PSWQ - Imagen corporal: BIS - Síntomas somáticos: PHQ-15 - Fatiga: FAS - Respuesta rumiativa: R-RSQ - Aceptación y acción: AAQ-II - Discapacidad: SDS 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis funcional y técnicas cognitivo-conductuales (identificación de problemas y preocupaciones). <p>Nº de sesiones y frecuencia: máximo de 15 sesiones (1 sesión/semana).</p> <p>Duración: 45 minutos/sesión.</p> <p>Tipo de profesional: dos psicólogos colegiados y otro en formación clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inquietudes en viabilidad y aceptabilidad: difícil reclutamiento. - Niveles reducidos desde el inicio hasta el seguimiento. - Identificación de preocupaciones: evitación social, miedo a emociones y síntomas corporales, desequilibrio en la actividad, preocupación y rumiación.

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
Saita y Acquati (2020)	<p>Evaluar la eficacia de la experiencia de retrato enmarcado (FPE) en la mejora de la autoeficacia y la autoestima entre supervivientes de cáncer AYA.</p> <p>Estudio piloto con un diseño cuasiexperimental de dos grupos (experimental y control) con evaluación inicial y evaluación postintervención (3 meses).</p>	<p>N = 18 participantes (Italia) entre 18-26 años.</p> <p>GE (N= 10) Sexo: 50% F / 50% M Edad media: 23,2 años</p> <p>GC (N= 8) Sexo: 37,5% F / 62,5% M Edad media: 22,4 años</p> <p>Tipología cáncer: leucemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima Coporal: BES - Autoestima: RSES - Autoeficacia General: GSES - Rasgos de personalidad: SBQ - Afrontamiento de problemas: Brief-COPE 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de fotografías individuales que representan al sujeto en contextos significativos - Utilización de imágenes para profundizar en la experiencia de la enfermedad (integración en el pasado, presente y futuro). <p>Nº de sesiones y frecuencia: 2 sesiones (1 sesión/10-15 días).</p> <p>Duración: no se especifica.</p> <p>Tipo de profesional: terapeuta clínico con un trabajador social y fotógrafo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diferencias significativas en autoeficacia y autoestima entre los supervivientes AYA en comparación con el grupo control.
Lang et al. (2020)	<p>Examinar la viabilidad de un modelo de chat grupal en línea sobre narrativa, emociones y vídeo (OSG + V), junto con su efectividad en la intervención con AYAs supervivientes de cáncer.</p> <p>Surge de modificar el modelo OSG + E existente basado en educación.</p> <p>Diseño aleatorio de dos grupos experimentales (OSG+E y OGS+V) y un grupo control en lista de espera de 10 semanas, con evaluación inicial y evaluación postintervención (3, 6, 9 meses).</p>	<p>N = 34 participantes entre 18-39 años (Canadá)</p> <p>GE₁ (OSG+E) (N = 8) Sexo: 75% F / 25% M Edad media: 34,5 años</p> <p>GE₂ (OSG+V) (N = 8) Sexo: 62,5% F / 37,5% M Edad media: 28,9 años</p> <p>GC (N = 18) Sexo: 62,7% F / 33,3% M Edad media: 29,8 años</p> <p>Tipología cáncer: mama, melanoma, SNC, huesos, metastásico y otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cohesión grupal: GCS - Experiencia grupal: GEQ - TEPT: PCL-C - Usabilidad del sistema: SUS - Soledad: UCLA - Ansiedad y depresión hospitalaria: HADS - Conductas ante el cáncer: CBI-B - Crecimiento postraumático: PTGI 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libro psicoeducativo de habilidades de afrontamiento (OSG+E): atención plena, resolución de problemas, relajación, formas de pensar, comunicación, sexualidad, apoyo social y estilo de vida saludable. - Vídeos creados por los jóvenes (OSG+V) a través de una plataforma en línea: compartir sentimientos (miedo, incertidumbre, aislamiento, reflexión y reintegración) y construir conexiones. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 10 sesiones (1 sesión/semana).</p> <p>Duración: 90 minutos/sesión</p> <p>Tipo de profesional: un mismo terapeuta aplica ambos programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se confirmó la viabilidad del diseño cumpliendo con los objetivos de reclutamiento, retención y satisfacción. - Los participantes encontraron el contenido en video (OSG + V) más adecuado que el material escrito (OSG + E). - Mejora de la expresión emocional, la cohesión grupal y sentimiento de pertenencia. - Reducción de la sensación de aislamiento.

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
Clarke et al. (2020)	<p>Desarrollar y explorar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención basada en terapia ACT (Places You'll Go) para jóvenes adolescentes supervivientes de cáncer.</p> <p>Estudio piloto de grupo experimental con evaluación inicial, evaluación postintervención (después de cada sesión) y evaluación de seguimiento (1 mes).</p>	<p>N = 28 participantes entre 12-17 años (Australia)</p> <p>Sexo: 68% F / 32% M Edad media: 19,4 años</p> <p>Tipología cáncer: cerebral, SNC, hígado, hueso, leucemia, linfoma, tejido conectivo.</p>	<p>- Satisfacción y fidelidad.</p>	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al grupo y valores: conexión entre pares y sentido de comunidad, atención plena y respiración consciente. - Identidad y significado: comprensión de adolescencia y cáncer. - Aceptación de pensamientos y sentimientos incómodos. - Historia personal con el cáncer. - Psicoeducación sobre objetivos. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 5 sesiones (en 3 días de campamento). Duración: 90 minutos/sesión Tipo de profesional: facilitadores formados en apoyo psicosocial, en ACT y en adolescentes afectados por cáncer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los jóvenes señalaron una alta aceptabilidad y satisfacción con el programa, así como su recomendación a otros supervivientes de cáncer. - Fortalezas clave: oportunidades de apoyo y conexión entre pares, relevancia del contenido para su experiencia de supervivencia, y las instancias para desarrollar habilidades de afrontamiento.
Berg et al. (2020)	<p>Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia potencial de AWAKE, una aplicación móvil basada en la esperanza para mejorar la calidad de vida, reducir los síntomas depresivos y fomentar la orientación hacia objetivos en supervivientes jóvenes de cáncer.</p> <p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA) de dos grupos (experimental y control) con evaluación inicial, evaluación postintervención (8 semanas) y seguimiento (6 meses).</p>	<p>N = 56 participantes entre 18-40 años (EEUU)</p> <p>GE (N= 38) Sexo: 73,7% F / 26,3% M Edad media: 32,63 años</p> <p>GC (N= 18) Sexo: 77,8% F / 22,2% M Edad media: 32,39 años</p> <p>Tipología cáncer: cáncer de mama, melanoma, leucemia/linfoma, sarcoma, colorrectal, testicular y cervical.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esperanza: escala de esperanza - Salud: SF-36 - Calidad de vida en personas con cáncer: FACT-G - Depresión: PHQ-9 - Consumo de sustancias: cigarrillos, alcohol y marihuana 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro diario del estado de ánimo y comportamiento de salud. - Módulos y tareas: esperanza, motivación, establecimiento de metas, diálogo interno positivo, logro de objetivos, fuerza de voluntad, manejo de obstáculos y mantenimiento del rumbo. - Coaching telefónico semanal: discusión del contenido y tarea anterior, psicoeducación sobre nueva habilidad de esperanza y tarea de la semana siguiente). <p>Nº de sesiones y frecuencia: 8 sesiones (1 sesión/semana). Duración: no se especifica, depende de las llamadas telef. Tipo de profesional: coaches formados específicamente para guiar la intervención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Altas tasas de retención, participación y satisfacción. - Aumento en los niveles de esperanza, mejoras en la calidad de vida y reducción de síntomas depresivos del grupo experimental en comparación con el grupo de control. - Los participantes del grupo experimental calificaron el contenido de los videos educativos como relevante y expresaron una mayor probabilidad de recomendar el programa.

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
Sansom-Daly et al. (2021)	<p>Evaluar una intervención de terapia cognitivo conductual (Recapture Life) en línea, grupal y por videoconferencia enfocada en mejorar la calidad de vida, reducir la angustia emocional y el uso de los servicios de salud en adolescentes y adultos jóvenes en un período temprano de post-tratamiento de cáncer.</p> <p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA) de viabilidad, fase 2 y con tres grupos (experimental, control en lista de espera de 6 semanas y de apoyo de pares en línea), con evaluación inicial, postintervención y de seguimiento (12 meses).</p>	<p>N = 40 participantes entre 15-25 años (Australia)</p> <p>GE (N = 19) Sexo: 58% F / 42% M Edad media: 19,4 años</p> <p>GC (N = 11) Sexo: 45% F / 55% M Edad media: 20,9 años</p> <p>GA (N = 10) Sexo: 50% F / 50% M Edad media: 22,5 años</p> <p>Tipo de relación: madres, padres, parejas, otros o sin apoyo.</p> <p>Tipología cáncer: cáncer de sangre, tumores sólidos y cánceres de cerebro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación psicosocial a la enfermedad: PAIS - Impacto del cáncer: IOC-CS - Depresión, ansiedad y estrés: DASS-21 - Centralidad de eventos: CES - Percepción como superviviente de cáncer - Funcionamiento familiar: dispositivo McMaster - Estrategias de afrontamiento: KIDCOPE - Habilidades de terapia cognitivo-conductual - Necesidades en padres/cuidadores de jóvenes con cáncer: CNQ-PC - Alianza de trabajo - Emociones: termómetro de emociones - Alianza terapéutica: WAI-SF - Alianza terapéutica en grupo: CALPAS-G 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones grupales con enseñanza de habilidades de afrontamiento: psicoeducación, vida sana y equilibrada, activación conductual, desarrollo del pensamiento, aceptación, apoyo social y establecimiento de objetivos. - Cuaderno de trabajo psicoeducativo: ejercicios semanales de práctica en casa. - Persona de apoyo de su círculo a escoger: reciben emails semanales que resumen el contenido de la sesión e incluyen consejos de apoyo a los participantes. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 6 sesiones (1 sesión/semana).</p> <p>Duración: 90 minutos/sesión.</p> <p>Tipo de profesional: psicólogo mediante software de videoconferencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desafíos en el reclutamiento, pero involucración adecuada de AYA en el seguimiento. - Los participantes de Recapture Life usaron habilidades más adaptativas. - Los beneficios obtenidos durante la intervención no se mantuvieron en el seguimiento: mayores impactos negativos, ansiedad y depresión en comparación con el grupo de control de apoyo. - Aquellos que habían completado el tratamiento antes respondieron mejor a la intervención: la eficacia varía según el momento de finalización del tratamiento.
Rosenberg et al. (2021)	<p>Explorar las trayectorias del bienestar reportadas en adolescentes y adultos jóvenes pacientes o supervivientes de cáncer después de recibir la intervención PRISM.</p> <p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA) paralelo de fase 2 con evaluación inicial, y evaluación a los 6, 12 y 24 meses.</p>	<p>N = 100 participantes entre 13-25 años (EEUU)</p> <p>GE (N= 50) Sexo: 33% F / 67% M Edad media: 17 años</p> <p>GC (N= 50) Sexo: 62,5% F / 37,5% M Edad media: 16 años</p> <p>Tipología cáncer: leucemia/linfoma, SNC y no-SNC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida pediátrica: PedsQL - Esperanza: escala de esperanza. - Resiliencia: CD-RISC-10 - Estrés psicológico: Kessler-6 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coaching basado en habilidades de resiliencia: manejo del estrés (mindfulness, relajación y respiración profunda), establecimiento de metas, replanteamiento cognitivo (reconocimiento de emociones) y búsqueda de beneficios (creación de significado en situaciones difíciles). <p>Nº de sesiones y frecuencia: 4 sesiones (cada dos semanas).</p> <p>Duración: 20-50 minutos/sesión</p> <p>Tipo de profesional: coaches no clínicos con licenciatura y formación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PRISM se asoció con una mejor calidad de vida, esperanza, resiliencia y angustia entre el inicio y los 6 meses. - La mejora en calidad de vida se mantuvo durante 12 meses y, en esperanza, hasta los 24 meses.

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
Lichiello et al. (2022)	<p>Brindar apoyo psicosocial a través de una plataforma de video a adultos jóvenes, pacientes o supervivientes de cáncer, enfocado en los constructos de ansiedad por la salud, depresión, trauma y problemas sociales.</p> <p>Estudio piloto de métodos mixtos de un grupo de apoyo con evaluación inicial y dos evaluaciones postintervención (a las 4 y 8 semanas).</p>	<p>N = 8 participantes entre 19-37 años (EEUU)</p> <p>Sexo: 50% F / 50% M</p> <p>Edad media: 26 años</p> <p>Tipología cáncer: sarcoma, linfoma y mieloma múltiple.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación y acción en cáncer: AAQ-C - Ajuste mental al cáncer: Mini-MAC - Impacto de eventos: IES-R - Ansiedad por coronavirus: CAS - Conductas ante el cáncer: CBI-B - Soledad: UCLA - Propósito en la vida: PIL 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación, conceptos y habilidades de ACT y MCP, actividades experienciales y reflexión. - Mindfulness, significado a través del cáncer y el COVID, autoobservación, control y aceptación, bienestar, voluntad y compromiso. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 8 sesiones (1 sesión/semana).</p> <p>Duración: 60 minutos/sesión.</p> <p>Tipo de profesional: facilitadores de telesalud capacitados en terapia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción en la preocupación ansiosa, la impotencia/desesperanza y la inflexibilidad psicológica. - Valiosa retroalimentación cualitativa sobre sus experiencias.
Oswald et al. (2022)	<p>Determinar la viabilidad y aceptabilidad de TOGETHER-YA, una intervención de calidad de vida relacionada con la salud grupal y brindada por e-Salud (videoconferencia) para supervivientes de cáncer adultos jóvenes.</p> <p>Estudio piloto de dos fases: desarrollo de la intervención (grupos focales) y prueba de viabilidad (estudio piloto), con evaluación inicial y postintervención.</p>	<p>N = 33 participantes entre 18-39 años (EEUU)</p> <p>GF (N= 22)</p> <p>Sexo: 68% F / 32% M</p> <p>Edad media: 30 años</p> <p>EP (N= 11)</p> <p>Sexo: 64% F / 36% M</p> <p>Edad media: 28 años</p> <p>Tipología cáncer: linfoma, leucemia, mama, cervical y anal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de vida (CVRS) - Aceptabilidad y experiencia del programa: encuestas semanales y postintervención. 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Didáctica, desarrollo de habilidades, pautas para el debate y tareas. - Entrenamiento de relajación: respiración profunda, relajación muscular progresiva, imágenes guiadas y consciencia. - Terapia cognitivo-conductual (TCC): estrés, formas útiles de pensar, reemplazo del pensamiento, habilidades de afrontamiento, calidad de vida, apoyo social, manejo de la ira, comunicación eficaz y aceptación. - Educación para la salud: cáncer, cambios físicos y sociales, escuela/trabajo y cáncer, autoestima y autocuidado, fertilidad, actividad física y alimentación. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 10 sesiones (1 sesión/semana).</p> <p>Duración: 120 minutos/sesión</p> <p>Tipo de profesional: facilitadores capacitados con formación de posgrado en psicología clínica o de consejería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TOGETHER-YA mostró alta viabilidad (58 % de reclutamiento y 82 % de retención) y aceptabilidad (satisfacción de los participantes). - Los grupos focales reaccionaron positivamente a la intervención y brindaron recomendaciones prácticas para mejorarla. - Los participantes de TOGUETER-YA reportaron una mayor percepción del impacto negativo del cáncer, la ansiedad y la depresión en comparación con el grupo control. - Se evidenció su potencial para mejorar la calidad de vida en jóvenes supervivientes de cáncer.

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
<p>Van Erp et al. (2023)</p>	<p>Examinar la viabilidad, satisfacción y posible efectividad de una intervención grupal en línea (Op Koers Online) orientada a enseñar habilidades de afrontamiento y reducir y prevenir los problemas psicosociales en jóvenes adultos supervivientes de cáncer infantil (YACCS).</p> <p>Estudio piloto con evaluación inicial (1-4 semanas antes) y evaluación postintervención (1-4 semanas).</p>	<p>N = 10 participantes entre 18-30 años (Países Bajos)</p> <p>Sexo: 60% F / 40% M Edad media: 25,1 años</p> <p>Tipología cáncer: hematológicos, SNC y tumores sólidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción: cuestionario tipo Likert. - Sensación de control y competencia personal: MS - Cognición sobre la enfermedad: ICQ - Angustia: DT - Impacto del cáncer: IOC-CS - Calidad de vida (CVRS) - Calidad de vida pediátrica: PedsQL 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y terapia de aceptación y compromiso en línea. - Discusiones, tareas y materiales psicoeducativos: consolidación de conocimientos y habilidades. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 6 sesiones (1 sesión/semana) y otra de refuerzo a los 3 meses.</p> <p>Duración: 90 minutos/sesión.</p> <p>Tipo de profesional: dos psicólogos (líderes del curso) que recibieron formación y siguieron un manual detallado y revisado previamente por el personal psicosocial del Centro Princesa Máxima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución significativa del estrés y la sensación de impotencia, así como una mejora de la autoeficacia. - Resultados prometedores en cuanto a angustia e indefensión relacionada con la enfermedad. - La mayoría de participantes calificaron la intervención como satisfactoria y reportaron el aprendizaje de habilidades.
<p>Salsman et al. (2024)</p>	<p>Evaluar la viabilidad y eficacia de EMPOWER para desarrollar habilidades emocionales positivas en supervivientes de cáncer adolescentes y adultos jóvenes.</p> <p>Ensayo piloto multifásico con evaluación inicial, evaluación postintervención (8 semanas) y evaluación de seguimiento (12 semanas).</p>	<p>N = 44 participantes entre 18-39 años (EEUU)</p> <p>Sexo: 77,3% F / 22,7% M Edad media: 30,8 años</p> <p>Tipología cáncer: linfoma de Hodgkin/no Hodgkin, cerebral, mama, leucemia, melanoma y otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Salud reportada por el paciente: PROMIS - Bienestar psicológico: NIH Toolbox - Conductas de salud: autorregistro 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práctica, vídeos, informes y habilidades conductuales/cognitivas en Moodle: eventos positivos, capitalización y gratitud, atención plena, reevaluación positiva, fortalezas personales, metas y actos de bondad. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 8 sesiones (1 sesión/semana; excepto la primera y penúltima semana, con 3 y 2 sesiones respectivamente).</p> <p>Duración: 20-30 minutos/sesión</p> <p>Tipo de profesional: no hay, es una intervención autoguiada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evidencia de viabilidad y aceptabilidad altas. - Mejoría en salud mental, afecto positivo, satisfacción vital, propósitos y autoeficacia general. - Disminución de la ira y la ansiedad.

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
<p>Von Grundher r et al. (2024)</p>	<p>Evaluar si un programa de asesoramiento y seguimiento multimodal (CFC-P) puede mejorar los hábitos de vida y reducir las necesidades psicosociales de jóvenes supervivientes de cáncer.</p> <p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA) y multicéntrico, de dos grupos (experimental y control) y con evaluación inicial y de seguimiento (16 y 52 semanas).</p>	<p>N = 359 participantes entre 15-39 años (Alemania)</p> <p>GE (N= 183) Sexo: 60,7% F / 39,3% M Edad media: 24,8 años</p> <p>GC (N= 176) Sexo: 65,3% F / 34,7% M Edad media: 25,7 años</p> <p>Tipología cáncer: linfoma, leucemia, sarcoma, tumor cerebral y otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad física: cuestionario de detección y cribado - Nutrición: HEI-EPIC - Bajo peso y síndrome metabólico: IMC - Síntomas gastrointestinales. - Angustia: DT - Ansiedad y depresión: PHQ-4 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Módulos sobre 3 necesidades: actividad física, nutrición y apoyo psicooncológico. - Evaluaciones modulares y sesiones de asesoramiento personalizado según necesidad. - Boletines informativos. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 52 semanas (1 sesión según módulo/cada 6 semanas).</p> <p>Duración: 50-60 min/sesión.</p> <p>Tipo de profesional: personal terapéutico (psicooncólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, científicos deportivos y otros) con formación y seguimiento de manuales modulares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las necesidades altas disminuyeron en general, pero no se observaron diferencias significativas entre grupo experimental y control. - Mejora del comportamiento de estilo de vida, actividad física (aumento en frecuencia e intensidad), calidad de la dieta y síntomas de fatiga. - Reducción de puntuaciones de ansiedad, depresión y estrés postraumático.
<p>Kwok et al. (2024)</p>	<p>Evaluar la viabilidad y aceptabilidad de una intervención de aplicación móvil de meditación (Ten Percent Happier), entre jóvenes supervivientes de cáncer infantil.</p> <p>Estudio piloto de un grupo experimental con evaluación inicial y evaluación postintervención (8 semanas).</p>	<p>N = 25 participantes entre 18-29 años (EEUU)</p> <p>Sexo: 52% F / 48% M Edad media: 23,35 años</p> <p>Tipología cáncer: linfoma, leucemia, sarcoma y otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Calificación de apps móviles: uMARS - Atención y conciencia: MAAS - Reevaluación cognitiva: ERQ - Estrés percibido: PSS-10 - Salud reportada por el paciente: PROMIS 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso de meditación básico, cursos guiados, sesiones individuales, meditaciones para dormir y podcasts. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 8 semanas, aunque no se menciona frecuencia fija; los participantes acceden a la aplicación de manera flexible.</p> <p>Duración: lo mismo que la frecuencia.</p> <p>Tipo de profesional: no hay un profesional directamente involucrado, ya que la intervención se realiza a través de una aplicación móvil de meditación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoras moderadas en emoción negativa, estrés percibido y salud mental. - Relación dosis-respuesta: mejores efectos del tratamiento en aquellos con interacción constante en la aplicación. - Sólida tasa de retención y altos índices de satisfacción.

Autor	Objetivos y tipo de diseño	Muestra	Variables e instrumentos de evaluación	Características del tratamiento	Principales resultados
Hu et al. (2025)	<p>Probar la eficacia del programa AI-TA en la fragilidad prematura y en la calidad de vida de jóvenes supervivientes de cáncer de mama.</p> <p>Ensayo controlado aleatorizado (ECA) con evaluación inicial, postintervención (4 semanas) y de seguimiento (12 semanas).</p>	<p>N = 115 participantes entre 18-45 años (China)</p> <p>GE (N= 60) Sexo: 100% F / 0% M Edad media: 40,40 años</p> <p>GC (N= 55) Sexo: 100% F / 0% M Edad media: 40,02</p> <p>Tipología cáncer: cáncer de mama</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de fatiga: BFI - Actividad física: PAQ-SF - Síntomas físicos y psicológicos: MASAS-SF - Apoyo social: SSRS - Calidad de vida en personas con cáncer de mama: FACT-B 	<p>Tipo y contenido de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos de salud y apoyo espiritual, digital y social. - Debates, conferencias y vídeos en línea. - Gestión de la fragilidad física, psicológica y social. - Inteligencia artificial: comportamiento y contenido personalizado. <p>Nº de sesiones y frecuencia: 12 semanas. Duración: no se especifica. Tipo de profesional: investigador, enfermeras, expertos clínicos en cáncer de mama, estudiantes de posgrado e ingenieros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ambos grupos mejoraron en las dimensiones de fragilidad. - El grupo experimental mostró mejor calidad de vida y apoyo social que el grupo control. - Los resultados afirman que el programa puede optimizar la gestión de fragilidad, promoviendo la supervivencia y la equidad de género.

Abreviaturas: ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso); AWAKE (Achieving Wellness After Kancer in Early Life); DNA-V (Descubridor, Observador, Asesor y Valores); FPE (Experiencia de Retratto Enmarcado); GA (grupo de apoyo); GE (grupo experimental); MBCT (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness); MBI (Intervención Basada en Mindfulness); MBSR (Reducción del Estrés Basada en Mindfulness); MCP (Psicoterapia Centrada en el Significado); N (muestra); OSG + E (Grupo En línea Sincrónico + Educación); OSG + V (Grupo En línea Sincrónico + Vídeo); PRISM (Promoting Resilience in Stress Management Intervention); TCC (Terapia Cognitivo Conductual).

1. Objetivos y tipo de diseño

Todos los artículos incluidos en esta revisión comparten el *objetivo* de evaluar la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas dirigidas a adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer. Concretamente, la finalidad principal fue mejorar su calidad de vida mediante la reducción de ciertas variables, como la ansiedad o la depresión, y el fortalecimiento de otras a nivel personal y emocional.

Además, en algunos estudios también se valoran la viabilidad y la aceptabilidad de las terapias aplicadas (Berg et al., 2020; Clarke et al., 2020; Hagström et al., 2019; Kwok et al., 2024; Lang et al., 2020; Oswald et al., 2022; Salsman et al., 2024; Van Erp et al., 2023).

Respecto a la metodología empleada, se identifican principalmente dos *tipos de diseños*. En total, se encontraron cinco ensayos controlados aleatorizados (ECA) (Hu et al., 2025; Lichiello et al., 2022; Rosenberg et al., 2021; Sansom-Daly et al., 2021; Von Grundherr et al., 2024), mientras que ocho fueron estudios piloto (Clarke et al., 2020; Fisher et al., 2015; Saita y Acquati, 2020).

Igualmente, todas las investigaciones incluyeron evaluaciones pre y post intervención, que fueron complementadas con seguimientos posteriores para determinar la eficacia inmediata de los tratamientos aplicados, además del mantenimiento de los resultados obtenidos a lo largo del tiempo.

2. Muestras

Esta revisión se ha centrado en muestras compuestas por adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer. No obstante, en dos investigaciones se incluyeron además a pacientes en tratamiento (Lichiello et al., 2022 y Rosenberg et al., 2021).

El *tamaño de las muestras* presenta una gran variabilidad, oscilando entre un mínimo de 8 participantes (Lichiello et al., 2022) y un máximo de 359 (Von Grundherr et al., 2024). Es necesario señalar que, con excepción de los estudios de Rosenberg et al. (2021), Lichiello et al. (2022) y Hu et al. (2025), todos los trabajos presentan muestras inferiores a 60 personas. Sin embargo, en estos tres estudios mencionados, se observa un considerable incremento del

tamaño muestral, con un total de 100, 359 y 115 personas, respectivamente. De esta forma, la media general es de 56,75 sujetos.

Con referencia al *país* en que se desarrollan los estudios, existe una extensa representación internacional que abarca Europa (Reino Unido, Bélgica, Suecia, Italia, Países Bajos y Alemania), América del Norte (Estados Unidos y Canadá), Asia (China) y Oceanía (Australia). Cabe destacar que 6 investigaciones fueron realizadas en Estados Unidos (Berg et al., 2020; Lichiello et al., 2022; Rosenberg et al., 2021).

En relación al *rango de edad* de los participantes, este resulta relativamente homogéneo entre los trabajos. Por un lado, la edad más baja oscila entre los 12 (Clarke et al., 2020) y los 18 años, siendo esta última la más frecuente. Por otro lado, la edad más alta fluctúa entre los 17 (Clarke et al., 2020) y los 45 años (Hu et al., 2025). Por consiguiente, la media general de edad fue de 25,25 años.

La distribución por *sexo* muestra una tendencia ligeramente superior de participación femenina. Aunque existen variaciones entre los diferentes trabajos, en la mayoría de los casos el porcentaje de mujeres supera al de hombres, alcanzando incluso el 100% (Hu et al., 2025). A pesar de ello, también se identifican dos investigaciones con predominancia masculina (Hagström et al., 2019 y Rosenberg et al., 2021) y otras dos con proporciones equilibradas entre ambos (Lichiello et al., 2022 y Saita y Acquati, 2020).

Considerando la *tipología del cáncer*, los estudios revisados abarcan una amplia heterogeneidad de diagnósticos oncológicos. Entre los más frecuentes, se encuentran la leucemia, el linfoma (Hodking y no Hodgkin), el sarcoma y los tumores del sistema nervioso central. Aunque la mayoría de los artículos contemplan distintos tipos de cáncer, son dos estudios los que se centran exclusivamente en leucemia (Saita y Acquati, 2020) y cáncer de mama (Hu et al., 2025), concretamente.

3. Variables e instrumentos de evaluación

La efectividad de las intervenciones se analizó a través de diversas variables psicológicas que suelen verse alteradas ante experiencias de enfermedades graves o procesos de hospitalización, como ocurre en el caso del cáncer. Para su evaluación, los estudios recurrieron

a diferentes escalas validadas, que exploraron desde el estado emocional hasta procesos de adaptación y recuperación personal tras el tratamiento.

Cabe mencionar que, si bien en el cuerpo del texto se hace referencia a los autores de los estudios que emplearon dichas escalas, en el Anexo A se ofrece un desglose detallado de estos instrumentos de medida, incluyendo sus autores originales y características técnicas, con el fin de conseguir un marco de referencia más completo y riguroso sobre las herramientas aplicadas.

La variable más evaluada fue la sintomatología emocional, especialmente depresión, ansiedad y estrés, que fue medida con escalas como la *Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 Items* (DASS-21) (Sansom-Daly et al., 2021; Van der Gucht et al., 2017), el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Fisher et al., 2015; Lang et al., 2020), y el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4,9,15) (Berg et al., 2020; Hagström et al., 2019; Von Grundherr et al., 2024). Además, se aplicó la entrevista neuropsiquiátrica MINI para identificar trastornos clínicos más graves (Hagström et al., 2019).

Varios estudios midieron variables vinculadas al cáncer con instrumentos desarrollados específicamente para esta población clínica, consiguiendo una valoración más ajustada a sus particularidades emocionales y cognitivas. Se analizaron factores como el impacto subjetivo del diagnóstico, medido con el *Impact of Cancer – Childhood Survivor* (IOC-CS) (Sansom-Daly et al., 2021; Van Erp et al., 2023), y el miedo a la recurrencia del cáncer, que se valoró con el *Fear of Cancer Recurrence Inventory* (FCRI) (Van der Gucht et al., 2017). La autoeficacia y las estrategias de afrontamiento se evaluaron con el *Cancer Behavior Inventory – Brief version* (CBI-B) (Lang et al., 2020; Lichiello et al., 2022). Asimismo, se consideraron la aceptación psicológica, la flexibilidad experiencial y la calidad de vida en contextos oncológicos (Berg et al., 2020; Hu et al., 2025; Lichiello et al., 2022).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) fue también una variable clave explorada en los artículos de esta revisión, reflejando cómo el cáncer afecta el estado físico, emocional y social del superviviente. Las pruebas más habituales fueron el *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL) (Rosenberg et al., 2021; Van der Gucht et al., 2017; Van Erp et al., 2023) y el *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) (Kwok et al., 2024; Salsman et al., 2024). En esta línea, otros trabajos se centraron en aspectos más concretos como el contexto grupal (Lang et al., 2020), el nivel de fatiga (Hu et al., 2025) o los hábitos de vida (Salsman et al., 2024; Von Grundherr et al., 2024).

El impacto del trauma fue otra variable abordada en varios estudios, mediante instrumentos como el *Impact of Events Scale-Revised* (IES-R) (Fisher et al., 2015; Lichiello et al., 2022) y el *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian version* (PCL-C) (Hagström et al., 2019; Lang et al., 2020), que valoran la presencia y gravedad de síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras la exposición a un evento altamente estresante.

Igualmente, se abordaron variables de afrontamiento, habilidad y fortaleza personal para valorar la capacidad adaptativa de los individuos al período de postratamiento y su gestión emocional. Se midieron la adaptación psicosocial y la recuperación (Saita y Acquati, 2020), el sentido de control y la competencia personal (Van Erp et al., 2023), la autoestima (Saita y Acquati (2020) o la esperanza (Berg et al., 2020; Rosenberg et al., 2021). A su vez, también se analizaron las actitudes autocríticas y autocompasivas hacia uno mismo (Van der Gucht et al., 2017), el crecimiento postraumático (Lang et al., 2020), la resiliencia (Rosenberg et al. (2021) y el propósito vital (Lichiello et al. 2022).

Para finalizar, se utilizaron instrumentos de medida adicionales que fueron fundamentales para valorar la fiabilidad de los estudios y la experiencia del participante, como el *Credibility/Expectancy Questionnaire* (CEQ) (Fisher et al., 2015) y el *System Usability Scale* (SUS) (Lang et al., 2020). Además, aspectos como la satisfacción y la aceptabilidad del programa también fueron evaluados por la gran mayoría de estudios mediante diversas encuestas (Clarke et al., 2020; Van Erp et al., 2023).

4. Características del tratamiento

Para facilitar el análisis y, dada la diversidad de enfoques terapéuticos empleados, las intervenciones de esta revisión se clasifican según el tipo y contenido del tratamiento psicológico aplicado. Posteriormente, se abordarán aspectos estructurales comunes, como el número total, frecuencia y duración de las sesiones, y el perfil profesional del especialista encargado de llevarlas a cabo.

La *terapia cognitivo-conductual* (TCC) se presenta como una de las intervenciones más utilizadas en el abordaje psicológico de adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer, con el objetivo de modificar pensamientos y conductas desadaptativas surgidas tras la experiencia oncológica. Hagström et al. (2019) implementaron la TCC en formato individual

y presencial para comprobar su eficacia e identificar preocupaciones relacionadas con el cáncer. Sansom-Daly et al. (2021) y Oswald et al. (2022) desarrollaron programas grupales y en línea, llamados *Recapture Life* y *TOGETHER-YA*, respectivamente.

A pesar de las diferencias en el formato, los tres trabajos comparten técnicas clave como la psicoeducación, el establecimiento de metas, ejercicios de relajación, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y regulación emocional, la activación conductual, la promoción de consciencia, el apoyo social y el manejo del estrés. Cabe destacar que el programa *Recapture Life* incorpora una característica distintiva, que consiste en que los participantes pueden seleccionar a una persona de apoyo que recibe información y pautas para acompañar en el proceso, creando así un grupo de apoyo entre pares. En el Anexo B se incluye el contenido detallado del programa para una mayor comprensión, dada su estructura y formato particulares.

Asimismo, el estudio de Fisher et al. (2015) aplicó una terapia metacognitiva (TCM) de manera individual y presencial. Aunque se trata de un enfoque específico, se incluye en este apartado por compartir principios fundamentales con la TCC. Así pues, tiene la finalidad de reducir el estrés emocional a través de la identificación y modificación de creencias disfuncionales que perpetúan la preocupación y la rumiación. Empleó estrategias como la modulación de pensamientos, el aplazamiento de pensamientos rumiativos y preocupaciones, la retribución verbal y la prevención de recaídas.

El *mindfulness* también ha sido otro enfoque frecuente, especialmente en intervenciones dirigidas a reducir el estrés y la angustia emocional. Destacan en este sentido los estudios de Van der Gucht et al. (2017) o Kwok et al. (2024) que, aunque comparten el foco en la atención plena, difieren en formato y modalidad. El primero de ellos se realizó grupal y presencialmente, e integró prácticas como la respiración corporal, la meditación y el yoga, complementadas con psicoeducación sobre salud mental y autocuidado. En cambio, el segundo estudio propuso una intervención individual y en línea, basada en el uso de la aplicación *Ten Percent Happier*, que ofrece cursos guiados e individuales de meditación, sesiones para el manejo del sueño y podcasts temáticos sobre la consciencia plena en la vida diaria.

La *terapia de aceptación y compromiso (ACT)* fue aplicada en el estudio de Clarke et al. (2020) con el programa *Places You'll Go*. Este se impartió de manera grupal y presencial durante 3 días de campamento, y se centró en desarrollar habilidades de afrontamiento y aceptación de la experiencia vivida con el cáncer. Se utilizaron temas de relevancia para los

adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer, como la conexión entre pares, el sentido de comunidad o la identidad y significado. También, se integraron técnicas de aceptación de pensamientos, historias personales con el cáncer y psicoeducación sobre objetivos.

La *psicología positiva* trata de fortalecer los recursos personales y fomentar el bienestar. En esta línea, Berg et al. (2020) pusieron en práctica *AWAKE*, una aplicación móvil dirigida a mejorar la calidad de vida centrada en la esperanza. Se impartió de modo grupal y en línea, y se basó en el pensamiento orientado a objetivos, mediante vídeos y tareas sobre el establecimiento de metas, la motivación, el manejo de obstáculos, el registro diario de ánimo y de actividad, y psicoeducación sobre habilidades de esperanza. Por su lado, Salsman et al. (2024) implementaron *EMPOWER*, un programa individual, en línea y autoguiado cuyo objetivo fue el desarrollo de estrategias emocionales positivas, a través de módulos sobre eventos positivos, gratitud, atención plena, reevaluación positiva, fortalezas personales, logro de metas y actos de bondad.

Dentro de las *terapias creativas y expresivas*, se sitúan los estudios de Saita y Acquati (2020), quienes emplearon la modalidad individual y presencial para llevar a cabo la experiencia de retrato enmarcado (FPE). Esta es una técnica terapéutica para trabajar la autoestima y la autoeficacia, así como la integración de la experiencia del cáncer a través de la imagen. Además, Lang et al. (2020) aplicaron OSG+V, una intervención grupal y en línea, basada en la narrativa y en la creación de vídeos personales para compartir sentimientos y construir conexiones, junto con psicoeducación centrada en habilidades de afrontamiento.

El *coaching* aparece en el estudio de Rosenberg et al. (2021) a través de *PRISM*, un programa individual y en línea, que trata de entrenar la resiliencia mediante sesiones centradas en el manejo del estrés, establecimiento de metas, reconocimiento emocional y búsqueda de significado. Igualmente, es importante añadir que, aunque el estudio de Berg et al. (2020) se enmarca dentro de la psicología positiva, también ofrece sesiones de coaching telefónico semanal sobre el contenido de la intervención.

Para finalizar, algunos trabajos optaron por la *intervención multimodal*, combinando diversos enfoques terapéuticos. Lichiello et al. (2022) integraron ACT, psicoeducación, terapia centrada en el significado (MCP) y mindfulness en una intervención grupal y en línea para brindar apoyo psicosocial durante la pandemia de COVID-19. De manera similar, Van Erp et

al. (2023) utilizaron Op Koers Online, un programa grupal y en línea que mezcla TCC, ACT y psicoeducación para enseñar habilidades de afrontamiento y reducir el malestar psicosocial. Von Grundherr et al. (2024) utilizan CFC-P, una intervención presencial que incluye sesiones grupales e individuales, estructuradas en módulos sobre nutrición, actividad física y apoyo psicooncológico, complementadas con boletines informativos y asesoramiento personalizado orientado a mejorar el estilo de vida. Igualmente, Hu et al. (2025) propusieron AI-TA, un programa individual y en línea que fusiona la inteligencia artificial con recursos humanísticos de salud y apoyo espiritual, digital y social dirigido a gestionar la fragilidad. Para complementar la descripción de esta intervención, en el Anexo C se presenta el esquema del programa, que ilustra sus componentes y su secuencia de aplicación.

En cuanto a las características del tratamiento, el *número de sesiones* cambia considerablemente según el formato y naturaleza de la intervención. El mínimo registrado corresponde a 2 sesiones (Saita y Acquati, 2020), en cambio el máximo alcanza hasta 15 (Hagström et al., 2019). La media en los estudios analizados es de aproximadamente 8 sesiones.

Sobre la *frecuencia de las intervenciones*, la mayoría de estudios emplean un formato semanal. Sin embargo, también se identifican modalidades menos frecuentes, como una sesión cada 2 (Rosenberg et al., 2021) o cada 6 semanas (Von Grundherr et al., 2024). Además, otros estudios son más intensivos y puntuales, como el de Clarke et al. (2020), que concentra 5 sesiones en tres días. Por su parte, en aquellas intervenciones autoguiadas en línea, la frecuencia difiere según el ritmo individual de cada participante, sin establecer una programación fija (Kwok et al., 2024).

La *duración de las sesiones* osciló entre 20-30 minutos (Salsman et al., 2024) hasta un total de 120 (Oswald et al., 2022). Las más breves corresponden a algunos programas de coaching (Rosenberg et al., 2021) o guiados por el propio usuario (Salsman et al., 2024); no obstante, las más extensas se observan en las intervenciones grupales estructuradas, como la de Van der Gutch et al. (2017), Lang et al. (2023), Clarke et al. (2020) o la de Oswald et al. (2022). En general, las sesiones se sitúan en un rango intermedio de 45 a 90 minutos.

Finalmente, los estudios muestran una notable diversidad en cuanto al *tipo de profesional* que implementa las intervenciones. De forma predominante, estas son llevadas a cabo por psicólogos clínicos o colegiados. Otros estudios incorporan facilitadores o coaches formados específicamente en la materia a tratar (Clarke et al., 2020; Berg et al., 2020; Rosenberg et al.,

2021). También se identifican equipos multidisciplinares, como en el caso de Von Grundherr et al., (2024), que incluye profesionales de psicooncología, nutrición o fisioterapia y el estudio de Hu et al., (2025), que cuenta con personal clínico, de enfermería y de investigación. Por último, algunas intervenciones a través de plataformas digitales prescinden de la figura del profesional en tiempo real (Salsman et al., 2024; Kwow et al., 2024).

5. Resultados principales de las intervenciones

Para concluir, se analizarán los resultados obtenidos en cada estudio con el propósito de valorar su efectividad en adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer. En términos generales, los estudios revelan de forma unánime que las intervenciones psicológicas implementadas han demostrado ser significativamente eficaces. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes que respaldan esta conclusión compartida.

En los trabajos de *terapia cognitivo conductual (TCC)* se observaron en general mejoras emocionales y psicológicas tras la intervención, así como una buena aceptación por parte de los participantes; aunque con algunas diferencias según el contexto y el momento del tratamiento. La terapia metacognitiva de Fisher et al. (2015) registró disminuciones significativas en ansiedad y depresión, a la vez que se redujeron la angustia, la preocupación, los síntomas traumáticos y las creencias metacognitivas, con efectos mantenidos a los seis meses. Además, presenta buenos resultados de aceptabilidad y factibilidad.

De forma similar, en el estudio de Hagström et al. (2019) se encontró una mejoría clara en ansiedad y depresión desde el inicio del programa hasta el final e, incluso, se mantuvo en el seguimiento. Sin embargo, hubo dificultades de reclutamiento e inquietudes en la aceptabilidad del programa. Igualmente, se identificaron la evitación social, el miedo a las emociones y a síntomas corporales, el desequilibrio en la actividad, la preocupación y la rumiación como preocupaciones de los jóvenes relacionadas con el cáncer.

Por su parte, Oswald et al. (2022) informaron de una alta aceptabilidad y viabilidad del programa *TOGETHER-YA*, destacando la utilidad práctica del contenido sobre la relajación, el manejo del estrés y los temas de salud. Además, los sujetos manifestaron su intención de seguir empleando las habilidades adquiridas y la recomendación del programa a otros supervivientes de cáncer. En contraste, Sansom-Daly et al. (2021) encontraron resultados más complejos. Los participantes de *Recapture Life* usaron más estrategias de afrontamiento y habilidades de TCC,

e informaron de un impacto positivo en la calidad de vida; sin embargo, los efectos no se mantuvieron en el seguimiento. Asimismo, la intervención fue bien recibida y mostró una alta viabilidad, aunque su eficacia varió según el tiempo transcurrido tras el tratamiento: *Recapture Life* benefició más a los supervivientes a largo plazo, y el grupo de apoyo de pares a quienes acababan de finalizarlo.

Respecto a las *terapias de mindfulness*, ambas mostraron resultados positivos. Van der Gucht et al. (2017) reportaron una reducción significativa de la angustia emocional y las actitudes negativas hacia uno mismo; además de una mejora significativa en la calidad de vida y en las habilidades de atención plena de los participantes. También, la reactividad cognitiva y la atenuación del afecto positivo fueron modificados con éxito después de la intervención, aunque no de manera significativa. Por su parte, Kwok et al. (2024) confirmaron que aquellos sujetos que usaron la aplicación de forma sostenida obtuvieron mejoras más notables en emoción negativa, estrés percibido, significado y propósito, y trastorno del sueño en comparación con aquellos que disminuyeron su uso con el tiempo.

En la *terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (Clarke et al., 2020) todos los participantes del programa indicaron estar bastante o muy satisfechos con la intervención y la recomendarían a otros adolescentes supervivientes de cáncer, afirmando que las sesiones habían sido útiles, significativas e interesantes. Destacaron las oportunidades de apoyo y conexión entre pares, la relevancia para la experiencia de supervivencia y las oportunidades para desarrollar habilidades de afrontamiento.

En cuanto a las *terapias de psicología positiva*, estas también proporcionaron efectos positivos sobre el bienestar emocional de los participantes, con altos niveles de aceptabilidad y satisfacción en ambos estudios. En concreto, en el trabajo de Berg et al. (2020), se observaron tendencias positivas en variables como la esperanza, el pensamiento orientado a metas, el bienestar social y familiar, y los síntomas depresivos entre el grupo de *AWAKE* en comparación con el grupo control. Salsman et al. (2024) informaron de mejorías en el bienestar físico y psicológico, así como aumentos significativos en salud mental global, significado y propósito, afecto positivo, satisfacción vital y autoeficacia general. Además, se observó una reducción en los niveles de la ansiedad e ira.

Las *terapias creativas y expresivas* arrojaron resultados favorables en aspectos emocionales, de identidad y conexión social. En el estudio de Saita y Acquati (2020), los

participantes obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en autoeficacia y autoestima, y presentan mayor facilidad para expresar emociones relacionadas con la enfermedad. En la misma línea, Lang et al. (2020) mostraron mejoras en la expresión emocional, cohesión grupal y sentimiento de pertenencia, a la vez que una disminución de la sensación de aislamiento.

El *coaching* (Rosenberg et al., 2021) se asoció con una mejor calidad de vida, esperanza, resiliencia y menor angustia entre el inicio y los 6 meses. Además, dicha mejora en calidad de vida se mantuvo durante 12 meses y, en esperanza, hasta los 24 meses.

Finalmente, las *terapias multimodales* mostraron efectos positivos en diversas áreas del bienestar psicosocial. En el trabajo de Lichiello et al. (2022) y Van Erp et al. (2023) los participantes manifestaron una reducción en la impotencia, desesperanza y distrés, y la mejora de la autoeficacia, a la vez que aportaron una valoración positiva de la experiencia. Von Grundherr et al. (2024) evidenciaron una mejora en la actividad física, la dieta y las puntuaciones de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Por último, en el estudio de Hu et al. (2025) se observó una disminución significativa en la fragilidad psicológica y social.

Discusión

La presente revisión sistemática ha puesto de manifiesto la evidencia reciente sobre la intervención psicológica en adolescentes y adultos jóvenes (AYA) supervivientes de cáncer, una población cada vez más reconocida por sus necesidades clínicas y psicosociales. En este contexto, se han identificado múltiples enfoques terapéuticos, lo que refleja una gran riqueza de propuestas orientadas a abordar las diversas manifestaciones del malestar psicológico en este grupo; aunque, a su vez, plantea numerosas dificultades para extraer conclusiones definitivas sobre la terapia más efectiva.

Los estudios revisados revelan que, en general, dichas intervenciones son viables, presentan altos niveles de aceptación por parte de los participantes y, en su mayoría, muestran resultados positivos en términos de eficacia clínica. Así pues, los constructos más evaluados han sido ansiedad, depresión, estrés y calidad de vida, lo que demuestra una clara preocupación por el bienestar emocional de los jóvenes supervivientes de cáncer.

La terapia cognitivo-conductual (TCC), tanto en su forma tradicional como combinada con otros enfoques, ha sido la predominante y ha demostrado consistentemente eficacia en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva, la mejora de la calidad de vida y el fortalecimiento del afrontamiento activo (Fisher et al., 2015; Hagström et al., 2019; Oswald et al., 2022; Sansom-Daly et al., 2021). Con todo, algunos hallazgos sugieren que los efectos pueden no mantenerse a largo plazo, así como depender del momento en el que se encuentren los jóvenes respecto al proceso oncológico (Sansom-Daly et al., 2021). Estos resultados subrayan la importancia de considerar la etapa de la trayectoria oncológica como un posible factor moderador clave en la efectividad de las intervenciones.

Es previsible que, por un lado, los supervivientes más cercanos a la finalización del tratamiento tengan necesidades psicosociales no cubiertas, así como sentimientos de aislamiento o de ser “diferentes”, que podrían abordarse eficazmente a través del apoyo entre pares. En este sentido, cabe señalar que el estudio de Hagström et al. (2019) fue el único que,

además de analizar la eficacia de la intervención, exploró en profundidad las preocupaciones psicológicas de los jóvenes supervivientes de cáncer, así como los factores que las mantienen. Dada su relevancia clínica, esta información se recoge de forma detallada en el Anexo D. Por otro lado, quienes cuentan con una trayectoria de supervivencia más prolongada y una mayor reflexión sobre su experiencia, podrían beneficiarse en mayor medida de intervenciones estructuradas orientadas al desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento personales.

En paralelo, se observa una creciente incorporación de intervenciones de mindfulness (Kwok et al., 2024; Van der Gucht et al., 2017), aceptación y compromiso (ACT) (Clarke et al., 2020) y el desarrollo de habilidades emocionales positivas (Berg et al., 2020; Salsman et al., 2024). Estos enfoques promueven una relación diferente con la experiencia interna, fomentando la atención plena, la autocompasión y la regulación emocional, aspectos fundamentales en jóvenes que han enfrentado una enfermedad potencialmente traumática. Además, también han mostrado reducciones en angustia emocional, estrés y afectividad negativa, lo cual parece estar vinculado a la práctica regular y a la adherencia al contenido de las intervenciones, destacando la importancia del compromiso activo del participante.

Asimismo, otras intervenciones más innovadoras como la experiencia de retrato enmarcado (Saita y Acquati, 2020) o el uso de vídeos personales (Lang et al., 2020), favorecieron la expresión emocional y el empoderamiento de los jóvenes. Este tipo de enfoques muestran un potencial transformador al incorporar elementos identitarios, narrativos y creativos, que son especialmente útiles para fomentar la conexión entre pares e integrar la experiencia oncológica en la historia personal, un proceso clave en la transición a la adultez.

Otro elemento relevante que emerge con fuerza en algunos estudios es la incorporación del coaching como metodología terapéutica (Berg et al., 2020; Rosenberg et al., 2021). A diferencia de los enfoques clínicos convencionales, centrados en el tratamiento de síntomas psicopatológicos o en la exploración de conflictos intrapsíquicos, el coaching busca potenciar el desarrollo personal, a través de la construcción de identidad, la autonomía y la fijación de metas personales. Esta intervención se asoció con una mejor calidad de vida, esperanza y resiliencia, posiblemente por tratarse de un estilo más colaborativo y motivacional, que resulta especialmente atractivo para los jóvenes y que se alinea con las necesidades evolutivas de esta etapa vital.

Por último, las terapias multimodales constituyen un enfoque más integrador que busca responder a la complejidad de los adolescentes y adultos jóvenes (Hu et al., 2025; Lichiello et al., 2022; Van Erp et al., 2023; Von Grundherr et al., 2024). Estas intervenciones mejoraron la autoeficacia, la dieta y la actividad física, a la vez que redujeron el estrés, la ansiedad y la depresión. Así pues, no sólo abordan el malestar emocional, sino también aspectos funcionales como el estilo de vida, la autoimagen y las relaciones sociales, lo que permite ofrecer una respuesta más integral y personalizada, adecuada a la realidad de los jóvenes.

En definitiva, el conjunto de artículos muestra que las intervenciones psicológicas implementadas con supervivientes AYA de cáncer logran resultados positivos, independientemente del enfoque terapéutico utilizado, por lo que no se puede afirmar que uno sea mejor que otro. Esta evidencia respalda la importancia de integrar la atención psicológica como una parte fundamental del seguimiento oncológico, reforzando la idea de que ofrecer un espacio de apoyo emocional puede tener un impacto significativo en el bienestar de los jóvenes, más allá del tratamiento médico convencional.

Un aspecto relevante que surge de esta revisión es la modalidad de aplicación de las intervenciones. De los estudios analizados, un total de nueve programas se desempeñaron de forma telemática, mientras que siete fueron presenciales. Las terapias en línea están experimentando un gran crecimiento a raíz de la pandemia (Lichiello et al., 2022), lo que se refleja en todos los artículos anteriores al 2020, que recurrieron a la modalidad presencial (Fisher et al., 2015; Hagström et al., 2019; Saita y Acquati, 2020; Van der Gutch et al., 2017). En cambio, tras esta fecha, salvo algunas excepciones (Clarke et al., 2021; Rosenberg et al., 2021; Von Grundherr et al., 2024), el resto adoptaron un formato virtual que abarca desde plataformas de videoconferencia (Oswald et al., 2020; Samson-Daly et al., 2021) y aprendizaje hasta aplicaciones móviles (Berg et al., 2020; Kwok et al., 2024).

De acuerdo con los resultados positivos de ambas modalidades, se puede afirmar que la aplicación de las nuevas tecnologías al tratamiento de los factores psicológicos relacionados con el cáncer (tratamiento en línea, aplicaciones móviles o terapias asistidas por ordenador, por ejemplo) ofrecen ventajas clínicas significativas para los jóvenes, como una mayor accesibilidad, flexibilidad horaria, y una mejor adaptación a sus características y necesidades. Esto incluye su familiaridad con dichas tecnologías, la posible distancia geográfica respecto al centro sanitario y su reincorporación educativa o laboral que supone una rutina exigente. A

pesar de todo, también se identifican desafíos como la pérdida de información no verbal, menor cercanía relacional, y necesidad de un entorno privado e íntimo para su eficacia.

Por su lado, el formato presencial, aunque supone más costes, permite una observación más detallada y compleja del paciente, un vínculo terapéutico más cálido y genera un espacio más adecuado para el abordaje emocional profundo. Además, diversos testimonios de jóvenes resaltaron el valor de la conexión entre pares en entornos presenciales, como fuente de apoyo mutuo y validación emocional¹. Por todo ello, si bien se reconoce la eficacia de ambos formatos, la presente revisión destaca el potencial de las intervenciones presenciales, especialmente aquellas que integran la dimensión grupal y el vínculo entre iguales.

Para contextualizar adecuadamente los resultados expuestos anteriormente, es preciso considerar las limitaciones de este trabajo. En primer lugar, destaca el reducido tamaño de la muestra en gran parte de los artículos, atribuido a dificultades en el proceso de reclutamiento. Además, únicamente cinco de los trabajos incluidos son estudios clínicos aleatorizados, predominando en cambio ensayos piloto que todavía no han sido desarrollados a gran escala. También, conviene señalar la necesidad de realizar estudios con seguimientos a largo plazo, para verificar en qué medida se mantienen los resultados obtenidos. Otra debilidad del trabajo es la escasa representación de ciertos contextos culturales, como los países mediterráneos (España e Italia) y de Sudamérica. A ello, se suma una cierta ambivalencia entre la diversidad y riqueza de propuestas terapéuticas, y la insuficiente evidencia sólida adaptada específicamente a las particularidades de los AYA supervivientes. Por consiguiente, esta heterogeneidad metodológica y conceptual dificulta la comparación entre estudios y, en consecuencia, la extrapolación de los resultados a otros contextos clínicos.

Atendiendo a las implicaciones clínicas y futuras líneas de investigación, es imprescindible destacar el carácter transdiagnóstico de las intervenciones revisadas, en tanto que los beneficios reportados no se limitan a una sola variable, sino que abarcan

¹ Testimonios de dos jóvenes recogidos en Clarke et al. (2020, p. 18):

- “Me gustó conocer a un montón de nuevos amigos que comparten la misma experiencia” (participante 6).
- “Lo recomendaría porque es genial saber que no estás solo y que cuentas con mucho apoyo” (participante 20).

simultáneamente distintas dimensiones a nivel psicológico. En esta línea, las estrategias y herramientas aprendidas en el contexto de las terapias psicológicas pueden tener un efecto más amplio y no solo mejorar la vivencia del proceso oncológico, sino también fortalecer los recursos psicológicos frente a futuras situaciones adversas, contribuyendo a una mejor calidad de vida a largo plazo. Esta amplitud de efectos sugiere la necesidad de seguir investigando sobre enfoques terapéuticos integrales, capaces de abordar de manera conjunta diferentes aspectos.

Asimismo, aunque algunas intervenciones muestran una intención explícita de ajuste a los jóvenes (por ejemplo, mediante la incorporación de la tecnología), todavía es escaso el desarrollo de programas contruidos desde la experiencia del cáncer en la juventud. Con frecuencia, se tienden a replicar modelos diseñados para adultos o para la población en general, sin contemplar del todo las características evolutivas, emocionales y sociales de este grupo. En este sentido, futuras investigaciones deben avanzar en el desarrollo de dinámicas acordes al momento vital que contemplen los desafíos propios de la etapa.

También, se deben considerar y explorar los factores que pueden estar influyendo en la baja participación de los AYA en este tipo de intervenciones, como las transiciones vitales típicas de esta edad, que generan agendas especialmente activas y complican la participación sostenida. Por ende, es importante diseñar programas flexibles y accesibles ajustados a sus estilos de vida cambiantes, que ofrezcan opciones de horarios y formatos variados que se integren en sus hábitos. No obstante, dichas adaptaciones no deben limitarse exclusivamente al auge de la tecnología y al desarrollo de formatos digitales, sino que también deben explorar otras alternativas híbridas o multimodales que combinen diferentes formatos.

Finalmente, existe cierta tendencia a la desconexión emocional entre los jóvenes, con dificultades para reconocer y verbalizar el malestar psicológico que dificultan el pedir ayuda. Crear campañas de sensibilización y promover espacios seguros para la expresión emocional podrían crear un mayor compromiso y adherencia a los tratamientos. Esto se podría conseguir mediante una mayor colaboración entre el sistema de salud y las diferentes organizaciones comunitarias de apoyo, logrando una atención más centralizada, especializada e individualizada.

En definitiva, distintas modalidades de intervención psicológica han demostrado ser eficaces para ayudar a los jóvenes supervivientes de cáncer a enfrentar su malestar psicológico.

De cara a la investigación futura, sería deseable seguir avanzando en esta línea a través de la innovación de estrategias y la validación a mayor escala de las existentes, con el objetivo de fortalecer la evidencia científica y mejorar la calidad de vida de estos jóvenes, ofreciéndoles así mayores oportunidades para un futuro lleno de esperanza y bienestar.

Conclusiones

Los adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer presentan necesidades psicosociales específicas, acordes a su etapa evolutiva, que requieren de un acompañamiento psicológico eficaz, no solo durante el tratamiento oncológico, sino también a lo largo del proceso de supervivencia. De lo contrario, en muchos casos, el malestar psicológico puede llegar a cronificarse si no se interviene adecuadamente. Además, estos jóvenes suelen mostrar una baja tendencia a solicitar ayuda profesional y dificultades para expresar sus emociones, lo que representa un desafío adicional para los sistemas de salud mental.

En este contexto, los hallazgos obtenidos en la presente revisión enriquecen la literatura existente al evidenciar que las intervenciones psicológicas aplicadas en AYA supervivientes de cáncer han resultado ser eficaces en todos los casos analizados, pudiendo extraer las siguientes conclusiones:

1. Los diferentes enfoques terapéuticos de terapia cognitivo-conductual, mindfulness, terapia de aceptación y compromiso, psicología positiva, terapias creativas y expresivas, coaching y terapias multimodales han demostrado su eficacia reduciendo los niveles de ansiedad, depresión y estrés.
2. Se confirman mejoras significativas en la calidad de vida en los supervivientes de cáncer AYA, así como en sus distintas dimensiones (física, emocional, social y funcional).
3. Tanto las intervenciones con modalidad presencial como digital han presentado resultados positivos, lo que sugiere la utilidad de ambos formatos para responder a las necesidades y preferencias de los jóvenes.
4. Los programas de tratamiento que incluyen la participación de pares con experiencias similares han evidenciado su eficacia, demostrando la importancia de crear vínculos que promuevan sentimientos de conexión y comprensión entre jóvenes.
5. Se constata la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud psicológica en supervivientes de cáncer AYA.

6. Se requieren más investigaciones que profundicen en intervenciones psicológicas específicas para adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de cáncer con diseños metodológicos rigurosos que mejoren su validez.

En síntesis, la evidencia respalda que intervenir psicológicamente en este grupo poblacional no es opcional, sino una prioridad clínica y ética para promover la recuperación y el desarrollo vital pleno tras la experiencia del cáncer. El sufrimiento no termina con el alta médica, sino que se convierte en otro tipo de lucha, más silenciosa, que exige ser reconocida y acompañada. Ignorar esta realidad es abandonar a quienes más necesitan reconstruirse y garantizar un futuro lleno de investigación es clave para que ningún superviviente tenga que enfrentarse solo a su recuperación.

Referencias bibliográficas

- Alfonso Rodríguez, L., Castellano-Tejedor, C. y Blasco Blasco, T. (2024). Ajuste y adaptación psicosocial de adultos jóvenes supervivientes de un cáncer en etapa pediátrica: Revisión sistemática. *Psicooncología*, 21(1), 37-56. <https://doi.org/10.5209/psic.94811>
- Allais, M. P. B., Dutari, P., Llanos, R. B, Ferreira, G., Nicolas, G. y Musso, V. (2023). Distribución de la patología oncológica en pacientes adolescentes y adultos jóvenes en la provincia de Córdoba, Argentina. *Oncología Clínica*, 28(2). <https://doi.org/10.56969/oc.v28i2.144>
- American Psychological Association. (s.f.). *APA PsycNet*. Recuperado el 11 de junio de 2025 de <https://psycnet.apa.org/home>
- Asociación Española Contra el Cáncer. (s.f.). *Informe dinámico: incidencia*. Recuperado el 9 de junio de 2025 de <https://observatorio.contraelcancer.es/informes/informe-dinamico-incidencia>
- *Berg, C. J., Vanderpool, R. C., Getachew, B., Payne, J. B., Johnson, M. F., Sandridge, Y., Bierhoff, J., Le, L., Johnson, R., Weber, A., Patterson, A., Dorvil, S. y Mertens, A. (2020). A Hope-Based Intervention to Address Disrupted Goal Pursuits and Quality of Life Among Young Adult Cancer Survivors. *Journal of Cancer Education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 35(6), 1158–1169. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01574-7>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

- Bradford, N. K., McDonald, F. E. J., Bibby, H., Kok, C. y Patterson, P. (2022). Psychological, functional and social outcomes in adolescent and young adult cancer survivors over time: A systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 31(9), 1448–1458. <https://doi.org/10.1002/pon.5987>
- Carey, M. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W. y Shakeshaft, A. (2012). Development of cancer needs questionnaire for parents and carers of adolescents and young adults with cancer. *Supportive Care in Cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(5), 991–1010. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1172-2>
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P. y Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 11(3), 570–579. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
- CIBERSAM. (s.f.). *Búsqueda de instrumentos*. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>
- *Clarke, K., Patterson, P., McDonald, F. E. J., Wakefield, C. E., Sansom-Daly, U. y Zebrack, B. (2021). The Development and Process Evaluation of a 3-Day Acceptance and Commitment Therapy Group Program for Adolescent Cancer Survivors. *Child & Youth Care Forum*, 50(2), 229–246. <https://doi.org/10.1007/s10566-020-09571-4>
- Devilley, G. J. y Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73–86. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(00)00012-4)
- Docherty, S. L., Kayle, M., Maslow, G. R. y Santacroce, S. J. (2015). The Adolescent and Young Adult with Cancer: A Developmental Life Course Perspective. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(3), 186–196. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.05.006>
- Educational Testing Service. (s.f.). *Test Collection*. Recuperado el 11 de junio de 2025 de <https://www.ets.org/test-collection.html>

- *Fisher, P. L., McNicol, K., Young, B., Smith, E. y Salmon, P. (2015). Alleviating Emotional Distress in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: An Open Trial of Metacognitive Therapy. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4(2), 64–69. <https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0046>
- Giese-Davis, J., Brandelli, Y., Kronenwetter, C., Golant, M., Cordova, M., Twirbutt, S., Chang, V., Kraemer, H. C. y Spiegel, D. (2016). Illustrating the Multi-Faceted Dimensions of Group Therapy and Support for Cancer Patients. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 4(3), 48. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030048>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- *Hagström, J., Ander, M., Cernvall, M., Ljótsson, B., Wiman, H. W., von Essen, L. y Woodford, J. (2020). Heeding the psychological concerns of young cancer survivors: a single-arm feasibility trial of CBT and a cognitive behavioral conceptualization of distress. *PeerJ*, 8, e8714. <https://doi.org/10.7717/peerj.8714>
- Hays, R. D., Bjorner, J. B., Revicki, D. A., Spritzer, K. L. y Cella, D. (2009). Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 18(7), 873–880. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9496-9>
- *Hu, Y., Wiley, J., Jiang, L., Wang, X., Yi, R., Xu, J., Liu, Y., Weng, A., Zou, F. y Im, E.-O. (2025). Digital humanistic program to manage premature frailty in young breast cancer survivors with gender perspective. *npj Digital Medicine*, 8(1), 35. <https://doi.org/10.1038/s41746-025-01439-y>
- Hughes, L., Taylor, R. M., Beckett, A. E., Lindner, O. C., Martin, A., McCulloch, J., Morgan, S., Soanes, L., Uddin, R. y Stark, D. P. (2024). The Emotional Impact of a Cancer Diagnosis: A Qualitative Study of Adolescent and Young Adult Experience. *Cancers*, 16(7), 1332. <https://doi.org/10.3390/cancers16071332>

- Kent, E. E., Parry, C., Montoya, M. J., Sender, L. S., Morris, R. A., y Anton-Culver, H. (2012). "You're too young for this": adolescent and young adults' perspectives on cancer survivorship. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(2), 260–279. <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.644396>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- *Kwok, G., Sharma, A., Mandato, I. y Devine, K. A. (2024). Feasibility and Acceptability of a Meditation Mobile App Intervention for Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 584. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050584>
- *Lang, M. J., Dort, J. C., Stephen, J., Lamont, L. y Giese-Davis, J. (2020). Narrative-Informed, Emotion-Focused Psychotherapy in Synchronous, Online Chat Groups for Adolescents and Young Adults with Cancer: A Proof-of-Concept Study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 9(6), 676–682. <https://doi.org/10.1089/jayao.2020.0030>
- *Lichiello, S., Rainwater, L., Russell, G. B., Pulgar, C., Clark, J., Daniel, S., McCall, M. H., Bentley, P. y Duckworth, K. E. (2022). Cancer during a pandemic: A psychosocial telehealth intervention for young adults. *Current Problems in Cancer*, 46(4), 100865. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2022.100865>
- Mendoza, T. R., Wang, X. S., Cleeland, C. S., Morrissey, M., Johnson, B. A., Wendt, J. K. y Huber, S. L. (1999). The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer*, 85(5), 1186–1196. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(19990301\)85:5<1186::aid-cnrc24>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(19990301)85:5<1186::aid-cnrc24>3.0.co;2-n)
- Michielsen, H. J., De Vries, J. y Van Heck, G. L. (2003). Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: The Fatigue Assessment Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 345–352. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00392-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00392-6)

- Murphy, K. M., Siembida, E., Lau, N., Berkman, A., Roth, M. y Salsman, J. M. (2023). A systematic review of health-related quality of life outcomes in psychosocial intervention trials for adolescent and young adult cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 188, 104045. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2023.104045>
- O'Donnell, N., Ellis, L., Morgan, J. E., Gregersen, P. A., Willard, V., Howell, D. y Phillips, B. (2025). Psychosocial Interventions to Improve Wellbeing in Teenage and Young Adult Post-Treatment Survivors of Childhood Cancer: A Systematic Review. *Psycho-oncology*, 34(2), e70081. <https://doi.org/10.1002/pon.70081>
- *Oswald, L. B., Lyleroehr, M., Gudenkauf, L. M., Armstrong, G. E., Tometich, D. B., Sanford, S. D., Loecher, N., Geiss, C., Rodriguez, Y., Scheel, K. L., Nieves-Lopez, A., Jim, H. S. L., Gonzalez, B. D., Antoni, M. H., Penedo, F. J., Reed, D., Katsanis, E., Salsman, J. M., Victorson, D. y Fox, R. S. (2022). Development and initial testing of TOGETHER-YA: an eHealth-delivered and group-based psychosocial intervention for young adult cancer survivors. *Supportive Care in Cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(12), 10067–10076. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07382-y>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Medicine*, 18(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Pérez, A. B. y Martínez, H. V. (2015). Adolescencia y cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 141-156. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48909
- Pilkonis, P. A., Choi, S. W., Reise, S. P., Stover, A. M., Riley, W. T., Cella, D. y PROMIS Cooperative Group (2011). Item banks for measuring emotional distress from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®): depression, anxiety, and anger. *Assessment*, 18(3), 263–283. <https://doi.org/10.1177/1073191111411667>

Psychology Tools. (s.f.). *Download scales and measures.*

<https://www.psychologytools.com/download-scales-and-measures>

Richter, D., Koehler, M., Friedrich, M., Hilgendorf, I., Mehnert, A. y Weißflog, G. (2015). Psychosocial interventions for adolescents and young adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 95(3), 370–386. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2015.04.003>

*Rosenberg, A. R., Zhou, C., Bradford, M. C., Salsman, J. M., Sexton, K., O’Daffer, A. y Yi-Frazier, J. P. (2021). Assessment of the Promoting Resilience in Stress Management Intervention for Adolescent and Young Adult Survivors of Cancer at 2 Years: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 4(11), e2136039. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36039>

*Saita, E. y Acquati, C. (2020). Evaluating the Framed Portrait Experience as an Intervention to Enhance Self-Efficacy and Self-Esteem in a Sample of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Results of a Pilot Study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 9(1), 111–114. <https://doi.org/10.1089/jayao.2019.0063>

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. y Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843–853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>

Salsman, J. M., Lai, J. S., Hendrie, H. C., Butt, Z., Zill, N., Pilkonis, P. A., Peterson, C., Stoney, C. M., Brouwers, P. y Cella, D. (2014). Assessing psychological well-being: self-report instruments for the NIH Toolbox. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23(1), 205–215. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0452-3>

*Salsman, J. M., McLouth, L. E., Tooze, J. A., Little-Greene, D., Cohn, M., Kehoe, M. S. y Moskowitz, J. T. (2023). An eHealth, Positive Emotion Skills Intervention for Enhancing Psychological Well-Being in Young Adult Cancer Survivors: Results from a Multi-Site, Pilot Feasibility Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 639–650. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10162-5>

- *Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Ellis, S. J., McGill, B. C., Donoghoe, M. W., Butow, P., Bryant, R. A., Sawyer, S. M., Patterson, P., Anazodo, A., Plaster, M., Thompson, K., Holland, L., Osborn, M., Maguire, F., O'Dwyer, C., De Abreu Lourenco, R., Cohn, R. J. y The Recapture Life Working Party (2021). Online, Group-Based Psychological Support for Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Results from the Recapture Life Randomized Trial. *Cancers*, 13(10), 2460. <https://doi.org/10.3390/cancers13102460>
- Simard, S., y Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 9(3), 481–491. <https://doi.org/10.1007/s11764-015-0424-4>
- Spirito, A., Stark, L. J., y Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555–574. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/13.4.555>
- Statistics Solutions. (s.f.). *Directory of Survey Instruments*. <https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-survey-instruments/>
- Stoyanov, S. R., Hides, L., Kavanagh, D. J. y Wilson, H. (2016). Development and Validation of the User Version of the Mobile Application Rating Scale (uMARS). *JMIR mHealth and uHealth*, 4(2), e72. <https://doi.org/10.2196/mhealth.5849>
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tuinman, M. A., Gazendam-Donofrio, S. M. y Hoekstra-Weebers, J. E. (2008). Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer*, 113(4), 870–878. <https://doi.org/10.1002/cncr.23622>
- *Van der Gucht, K., Takano, K., Labarque, V., Vandenabeele, K., Nolf, N., Kuylen, S., Cosyns, V., Van Broeck, N., Kuppens, P. y Raes, F. (2017). A Mindfulness-Based Intervention for Adolescents and Young Adults After Cancer Treatment: Effects on Quality of Life, Emotional Distress, and Cognitive Vulnerability. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 6(2), 307–317. <https://doi.org/10.1089/jayao.2016.0070>

- *van Erp, L. M. E., Maurice-Stam, H., Beek, L. R., Kremer, L. C. M., den Hartogh, J. G., van Gorp, M., Huizinga, G. A. y Grootenhuis, M. A. (2023). Online cognitive-behavioral group intervention for young adult survivors of childhood cancer: a pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 41(5), 518–538. <https://doi.org/10.1080/07347332.2022.2150110>
- *von Grundherr, J., Elmers, S., Koch, B., Hail, L. A., Mann, J., Escherich, G., Bergelt, C., Samland, L., Jensen, W., Vettorazzi, E., Stark, M., Valentini, L., Baumann, F. T., Singer, S., Reer, R., Beller, R., Calaminus, G., Faber, J., Classen, C. F., Gebauer, J., ... Salchow, J. (2024). A Multimodal Lifestyle Psychosocial Survivorship Program in Young Cancer Survivors: The CARE for CAYA Program-A Randomized Clinical Trial Embedded in a Longitudinal Cohort Study. *JAMA Network Open*, 7(3), e242375. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.2375>
- von Rüsten, A., Illner, A.-K. y Boeing, H. (2009). Die Bewertung der Lebensmittelaufnahme mittels eines Healthy Eating Index (HEI-EPIC). *Ernährungs-Umschau*, 56(8), 450–456.
- Walker, E., Martins, A., Aldiss, S., Gibson, F. y Taylor, R. M. (2016). Psychosocial Interventions for Adolescents and Young Adults Diagnosed with Cancer During Adolescence: A Critical Review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(4), 310–321. <https://doi.org/10.1089/jayao.2016.0025>
- Wan, C., Zhang, D., Yang, Z., Tu, X., Tang, W., Feng, C., Wang, H. y Tang, X. (2007). Validation of the simplified Chinese version of the FACT-B for measuring quality of life for patients with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 106(3), 413–418. <https://doi.org/10.1007/s10549-007-9511-1>
- Ware, J. E., Jr. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- Wells, A. y Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385–396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)

* Artículos incluidos en la revisión bibliográfica.

Índice de tablas

Tabla 1	10
Tabla 2	11
Tabla 3	14

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios para esta revisión. (Page et al., 2021) 12

Anexo

Anexo A	51
Anexo B	58
Anexo C	59
Anexo D	60

Anexo A*Instrumentos de medida aplicados en los artículos revisados*

Instrumento de medida	Autor (es)	Variable evaluada	Dimensiones	Número de ítems	Formato de respuesta
AAQ-II <i>Acceptance and Action Questionnaire-II</i>	Bond et al. (2011)	Flexibilidad psicológica y evitación experiencial	-	10	Tipo Likert de 7 puntos
AAQ-C <i>Cancer Acceptance and Action Questionnaire</i>	Arch y Mitchell (2016)	Flexibilidad psicológicas y evitación experiencial en niños y adolescentes	-	18	Tipo Likert de 7 puntos
ATS-R <i>Attitudes Toward Self - Revised</i>	Raes y Vanbrabant (2012)	Tendencias cognitivas	Mantener estándares excesivamente altos, ser autocrítico ante el fracaso y generalizar a partir del fracaso al sentido más amplio de la autoestima	10	Tipo Likert de 5 puntos
BAI <i>Beck Anxiety Inventory</i>	Beck et al. (1988)	Ansiedad	-	21	Tipo Likert de 4 puntos
BFI <i>Brief Fatigue Inventory / Inventario Breve de Fatiga</i>	Mendoza et al. (1999)	Fatiga	Gravedad de la fatiga e interferencia en la vida diaria	9	Escala numérica de 0-10
BES <i>Binge Eating Scale</i>	Gormally et al. (1982)	Atracones	Manifestaciones conductuales y sentimientos/cogniciones de un atracón	16	Respuesta de opción múltiple
BIS <i>Barratt Impulsiveness Scale</i>	Barrat (1995)	Impulsividad	Motora, cognitiva y no planeada	30	Tipo Likert de 4 puntos
Brief-COPE <i>Brief Coping Orientation to Problems Experienced</i>	Carver (1997)	Afrontamiento de situaciones estresantes	Afrontamiento activo, planificación, replanteamiento, aceptación, humor, religión, apoyo emocional/instrumental, autodistracción, negación, desahogo, consumo de sustancias, desconexión conductual y autoculpa	28	Tipo Likert de 4 puntos

Instrumento de medida	Autor (es)	Variable evaluada	Dimensiones	Número de ítems	Formato de respuesta
CAMM <i>Child and Adolescent Mindfulness Measure</i>	Greco et al. (2011)	Conciencia del momento presente y respuestas no críticas, ni evitativas, a pensamientos y sentimientos	-	10	Tipo Likert de 5 puntos
CALPAS-G <i>California Psychotherapy Alliance Scale - Group</i>	Gaston et al. (1989)	Alianza terapéutica	Compromiso del paciente, capacidad de trabajo del paciente, comprensión e implicación del terapeuta y consenso sobre la estrategia de trabajo	24	Tipo Likert de 7 puntos
CAS <i>Coronavirus Anxiety Scale</i>	Lee (2020)	Ansiedad relacionada con el coronavirus	-	5	Tipo Likert de 5 puntos
CAS-1 <i>Cognitive Attentional Syndrome-1</i>	Wells (2009)	Atención y preocupación	-	2	Tipo Likert de 9 puntos
CBI-B <i>Cancer Behaviour Inventory - Brief version</i>	Heitzmann et al. (2011)	Autoeficacia para afrontar el cáncer	-	12	Tipo Likert de 9 puntos
CD-RISC-10 <i>Connor-Davidson Resilience Scale - 10 items</i>	Cambells-Sills y Stein (2007)	Resiliencia	-	10	Tipo Likert de 5 puntos
CES <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>	Lenore et al. (1971)	Depresión	-	20	Tipo Likert de 4 puntos
CEQ <i>Credibility/Expectancy Questionnaire</i>	Devilley y Borkovec (2000)	Credibilidad del tratamiento y expectativas de efectividad	-	6	Escala numérica de 1-9
CNQ-PC <i>Cancer Needs Questionnaire for Parents/Carers</i>	Carey et al. (2012)	Necesidades percibidas en padres y/o cuidadores de pacientes con cáncer	Necesidades médicas, emocionales, información, prácticas, sociales, espirituales, educativas y específicas de AYA	150	Tipo Likert de 5 puntos

Instrumento de medida	Autor (es)	Variable evaluada	Dimensiones	Número de ítems	Formato de respuesta
DASS-21 <i>Depression Anxiety Stress Scales - 21 items</i>	Beurs et al. (2001)	Ansiedad, depresión y estrés	Ansiedad, depresión y estrés	28	Tipo Likert de 4 puntos
ERQ <i>Emotion Regulation Questionnaire</i>	Gross y John (2003)	Regulación emocional	-	10	Tipo Likert de 7 puntos
FACT-B <i>Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast</i>	Wan et al. (2007)	Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cáncer de mama	Bienestar físico, social, emocional, funcional y otras preocupaciones relacionadas con el cáncer de mama	36	Tipo Likert de 5 puntos
FACT-G <i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i>	Cella et al. (1993)	Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con cáncer	Bienestar físico, social, emocional y funcional	28	Tipo Likert de 5 puntos
FAS <i>Fatigue Assessment Scale</i>	Michielsen et al. (2003)	Fatiga	-	10	Tipo Likert de 5 puntos
FCRI-SF <i>Fear of Cancer Recurrence Inventory- Short Form</i>	Simard y Sabard (2015)	Presencia y gravedad de pensamientos o imágenes intrusivas asociadas al miedo a la recurrencia del cáncer	-	9	Tipo Likert de 5 puntos
GCS <i>Group Cohesiveness Scale</i>	Wongpakaran et al. (2013)	Cohesión grupal	-	7	Tipo Likert de 5 puntos
GEQ <i>Group Environment Questionnaire</i>	Giese-David et al. (2016)	Dinámica de grupos de apoyo para pacientes con cáncer	Sentimientos verdaderos, nueva actitud, acceso a información y consejos, apoyo e inquietudes sexuales	23	Tipo Likert de 5 puntos
GSES <i>General Self-Efficacy Scale</i>	Jerusalem y Schwarzer (1992)	Autoeficacia percibida	-	10	Tipo Likert de 4 puntos
HADS <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	Zigmong y Snaith (1983)	Ansiedad y depresión	Subescala de depresión (anhedonia) y subescala de ansiedad (manifestaciones psíquicas)	14	Tipo Likert de 4 puntos

Instrumento de medida	Autor (es)	Variable evaluada	Dimensiones	Número de ítems	Formato de respuesta
HEI-EPIC <i>Healthy Eating Index - European Prospective Investigation into Cancer</i>	von Rüsten et al. (2009)	Calidad de la dieta	Frutas y verduras, cereales integrales, lácteos bajos en grasa, proteínas saludables, grasas saturadas, azúcares añadidos y alcohol	8	Escala numérica de 0-10
ICQ <i>Illness Cognition Questionnaire</i>	Evers et al. (2001)	Cognición de la enfermedad	Impotencia, aceptación y beneficio percibido de la enfermedad	18	Tipo Likert de 4 puntos
IES-R <i>Impact of Event Scale - Revised</i>	Weiss y Marmar (1996)	Eventos estresantes	Evitación, intrusión e hiperactivación	22	Tipo Likert de 5 puntos
IOC-CS <i>Impact of Cancer – Childhood Survivors</i>	Zebrack et al. (2010)	Impacto del cáncer infantil	Impacto positivo e impacto negativo del cáncer	45	Tipo Likert de 5 puntos
Kessler-6 <i>Kessler Psychological Distress Scale - 6 items</i>	Kessler et al. (2002)	Distrés psicológico	-	6	Tipo Likert y numérica variando según la dimensión
KIDCOPE-Older Version	Spirito et al. (1988)	Estrategias de afrontamiento	Distracción, resolución de problemas, retirada social, autoinculpación, expresión emocional, regulación emocional, búsqueda de apoyo social, negación, pensamiento desiderativo y relajación	10	Tipo Likert variando según la dimensión
LEIDS-R <i>Leiden Index of Depression Sensitivity - Revised</i>	Van der Does y Williams (2003)	Reactividad cognitiva	-	17	Tipo Likert de 5 puntos
MADRS <i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>	Montgomery et al. (1979)	Depresión	-	10	Tipo Likert de 7 puntos
MAAS <i>Mindful Attention Awareness Scale</i>	Brown et al. (2003)	Atención plena	Cognitiva, emocional, física, interpersonal y general	15	Tipo Likert de 6 puntos
MCQ-30 <i>Metacognitions Questionnaire - 30 items</i>	Wells y Hatton (2004)	Creencias y procesos metacognitivos	Creencias positivas, creencias negativas, confianza cognitiva, creencias sobre control de pensamientos y autoconciencia cognitiva	30	Tipo Likert de 4 puntos

Instrumento de medida	Autor (es)	Variable evaluada	Dimensiones	Número de ítems	Formato de respuesta
MINI <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	Sheehan et al. (1997)	Trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10	Esquizofrenia y otros trastornos psíquicos, bipolar, depresivo, ansiedad, alimentarios, sueño-vigilia, disfunciones sexuales, relacionados con sustancias y neurocognitivos	16	Respuesta dicotómica (Sí/No)
Mini-MAC <i>Mini-Mental Adjustment to Cancer</i>	Watson et al. (1994)	Estilo de afrontamiento	Indefensión-desesperanza, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, evitación cognitiva y fatalismo	29	Tipo Likert de 4 puntos
MS <i>Mastery Scale</i>	Pearlin y Schooler (1978)	Sensación de control sobre los cambios en la vida	-	7	Tipo Likert de 5 puntos
DT <i>Distress Thermometer</i>	Tuinman et al. (2008)	Angustia	Angustia física, emocional, social y práctica	1	Escala numérica de 0-10
NIH Toolbox <i>National Institutes of Health Toolbox</i>	Salsman et al. (2014)	Bienestar psicológico	Afecto, satisfacción vital, y significado y propósito	68	Tipo Likert variando según la dimensión
PAIS <i>Psychosocial Adjustment to Illness Scale</i>	Derogatis (1986)	Adaptación psicosocial a la enfermedad	Orientación sanitaria, entorno vocacional, entorno doméstico, relaciones sexuales, relaciones con la familia extensa, entorno social y distrés psicológico	46	Tipo Likert de 4 puntos variando según la dimensión
PedsQL <i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>	Engelen et al. (2009)	Calidad de vida	Funcionamiento físico, emocional, social y escolar/laboral	23	Tipo Likert de 5 puntos
PCL-C <i>PTSD Checklist - Civilian Version</i>	Weathers et al. (1994)	Estrés postraumático	-	17	Tipo Likert de 5 puntos
PHQ-4 <i>Patient Health Questionnaire - 4</i>	Kroenke et al (2009)	Ansiedad y depresión	-	4	Tipo Likert de 4 puntos
PHQ-9 <i>Patient Health Questionnaire - 9</i>	Kroenke et al (2002)	Síntomas depresivos	-	9	Tipo Likert de 4 puntos
PHQ-15 <i>Patient Health Questionnaire - 15</i>	Kroenke et al (2002)	Síntomas físicos/somáticos	-	15	Tipo Likert de 3 puntos

Instrumento de medida	Autor (es)	Variable evaluada	Dimensiones	Número de ítems	Formato de respuesta
PIL Purpose in Life	Crumbraugh y Maholick (1964)	Sentido de la vida	-	20	Tipo Likert de 7 puntos
PROMIS Global Patient-Reported Outcomes Measurement Information System - Global	Hays et al. (2009)	Salud física y mental	Salud física y mental	10	Tipo Likert y numérica variando según la dimensión
PROMIS Emotional Distress Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – Emotional Distress	Pilkonis et al. (2011)	Depresión, ansiedad y estrés	Depresión, ansiedad y estrés	28, 29 y 29	Tipo Likert de 5 puntos
PTGI Posttraumatic Growth Inventory	Tedeschi y Calhoun (1996)	Crecimiento postraumático	Nuevas posibilidades, relación con los demás, fortaleza personal, apreciación de la vida y cambio espiritual	21	Tipo Likert de 6 puntos
PSS-10 Perceived Stress Scale - 10 items	Cohen et al. (1983)	Estrés percibido	Control y pérdida de control	14	Tipo Likert de 5 puntos
PSWQ Penn State Worry Questionnaire	Borkovec et al. (1990)	Rasgo de preocupación	-	16	Tipo Likert de 5 puntos
RPA Responses to Positive Affect	Feldman et al. (2008)	Atenuación del afecto positivo	-	7	Tipo Likert de 4 puntos
R-RSQ Rumination - Response Styles Questionnaire	Nolen-Hoeksema y Morrow (1991)	Rumiación	-	22	Tipo Likert de 4 puntos
RSES Rosenberg Self-Esteem Scale	Rosenberg (1965)	Autoestima	-	10	Tipo Likert de 4 puntos
SBQ Suicidal Behaviors Questionnaire	Osman et al. (2001)	Suicidio	Ideación suicida a lo largo de la vida, frecuencia de la ideación suicida, amenaza de intento de suicidio y probabilidad autoinformada de conducta suicida	4	Tipo Likert variando según la dimensión
SDS Sheehan Disability Scale	Sheehan (1983)	Deterioro funcional	Deterioro laboral, social y familiar	3	Escala numérica de 0-10
SHAI Short Health Anxiety Inventory	Salkovskis et al. (2002)	Ansiedad por la salud	-	18	Respuesta de opción múltiple

Instrumento de medida	Autor (es)	Variable evaluada	Dimensiones	Número de ítems	Formato de respuesta
SF-36 Short Form Health Survey 36	Ware et al (1993)	Funcionamiento y calidad de vida	Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental	36	Tipo Likert variando según la dimensión
SSRS Social Skills Rating System	Gresham y Elliot (1990)	Habilidades sociales y problemas de conducta	Cooperación, empatía, asertividad, autocontrol y responsabilidad	Varía según el nivel escolar y el informante (profesor, padre o niño)	Tipo Likert de 3 puntos
SUS System Usability Scale	Brooke (1996)	Eficacia, eficiencia y satisfacción con la intervención	-	10	Tipo Likert de 5 puntos
UCLA UCLA Loneliness Scale	Russell (1996)	Soledad	-	20	Tipo Likert de 4 puntos
uMARS User Mobile App Rating Scale	Stoyanov et al. (2016)	Viabilidad de aplicaciones móviles	Compromiso, funcionalidad, estética, calidad de la información y calidad subjetiva	26	Escala numérica de 0-5
WAI-SF Working Alliance Inventory - Short Form	Horvath y Greenberg (1986)	Alianza terapéutica		12	Tipo Likert de 7 puntos

Anexo B

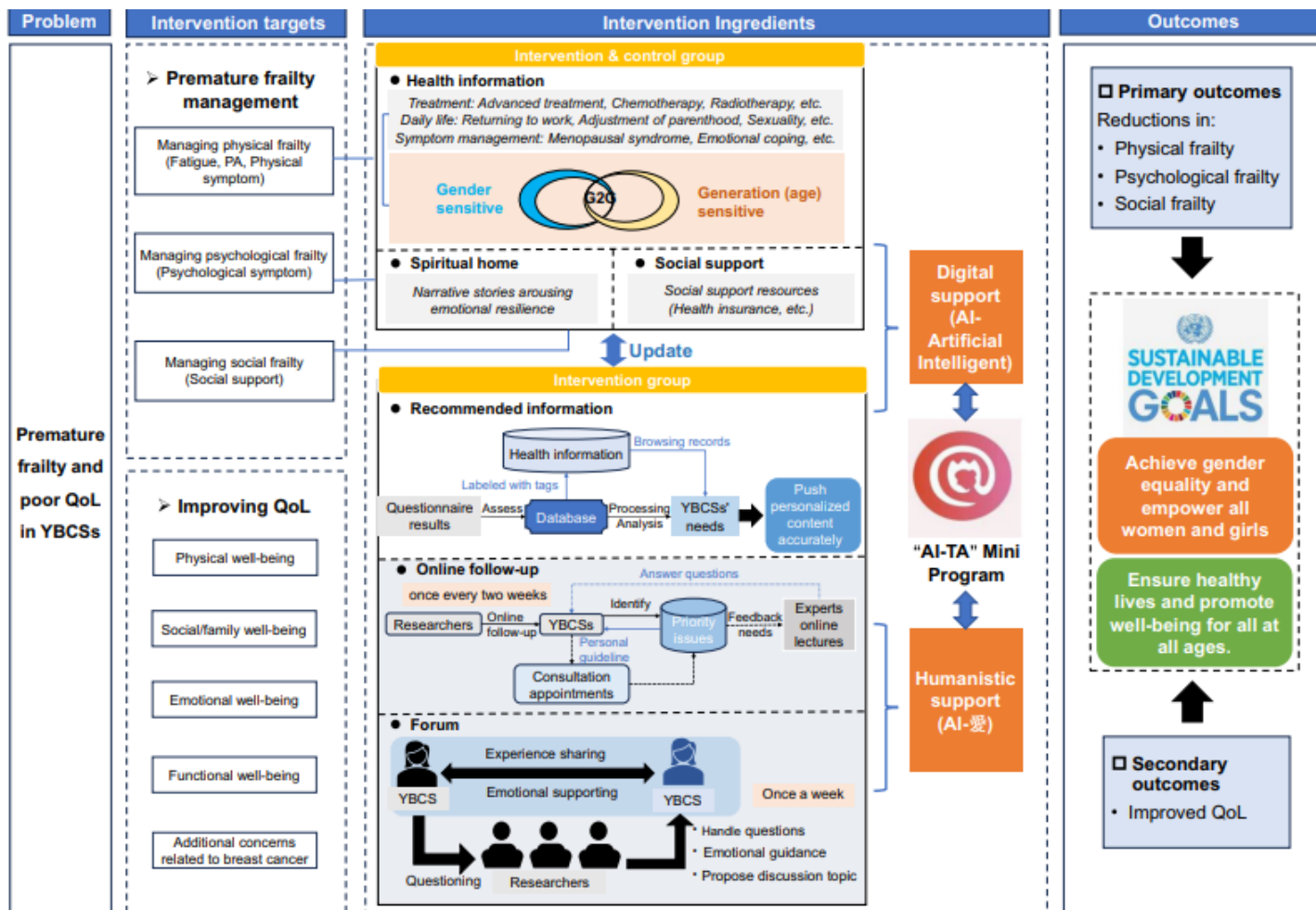
Contenido del programa *Recapture Life* y el grupo de control de apoyo entre pares (Sansom-Daly et al., 2021)

	Module	Recapture Life Program (Skills Focus)	Peer-Support Group (Discussion Topic)
1	<i>“What just happened to me??” (being a young person after cancer)</i>	<p>Psycho-education & normalization: Discussion of range of common emotional and cognitive responses to cancer for individual and family. Building rapport and a safe, trusting group environment.</p> <p>Healthy balanced lives & behavioral activation:</p>	The cancer experience and coming off treatment. Common emotional responses to cancer for individual and family.
2	<i>Getting back into the swing of things after cancer</i>	<p>Discussion of impact of cancer on all areas of life including exercise, hobbies. Use of ‘ACE’ activity scheduling ^a to tackle ‘inactivity trap’ and help self-esteem/stress. Positive activities scheduling to improve mood and increase sense of control.</p> <p>ABCD model & thought challenging:</p>	Impact of cancer on hobbies and lifestyles. Changes to routines, hobbies and activities.
3	<i>How has cancer changed the way I think?</i>	<p>Introduction to ABCD model ^b and idea of ‘unhelpful thinking styles’. Cognitive challenging. Identifying underlying beliefs about their cancer experience, self and future.</p> <p>Acceptance-based strategies:</p>	How has cancer changed my family? Family reactions across the cancer trajectory, positive/challenging family supports.
4	<i>The ‘elephant in the room’: Thinking about the cancer coming back</i>	<p>Evaluating the usefulness of certain thoughts; thought suppression experiment; using worry postponement and other behavioral strategies to manage ‘questions without answers’.</p> <p>Social support:</p>	The big, ‘scary’ stuff: Niggling thoughts about illness, death and dying. Discussing/normalizing existential and illness concerns.
5	<i>Talking all things cancer: Simple communication skills for difficult situations</i>	<p>Seeking out social support; managing unhelpful/difficult thoughts around friends/relationships; assertive communication skills. Strategies to reconnect with old friends and develop new friendships and relationships.</p> <p>Goal setting:</p>	Talking all things cancer and friends. Common social/friendship issues across the cancer trajectory; difficult topics to raise.
6	<i>Goal-setting and planning for the future (even when things feel up in the air)</i>	<p>Applying reappraisal and problem-solving skills to the future to develop realistic post-cancer goals. Psychological ‘relapse’ prevention: Anticipating future difficult situations and reviewing skills learnt to manage these situations in the future.</p>	Moving on: Looking ahead to the future. Normalizing uncertainty/change; discussing potential ‘positives’; things to look forward towards.

Participants were aware of the topic heading/focus for each module. Tailored supportive counselling [57] was used in all sessions and was common to both the *Recapture Life* and peer support group interventions, and involves empathic listening to normalize the range of AYA experiences and promote peer discussion/support. ^a ACE = Achievement, Connectedness, Enjoyment, an acronym designed to help individuals’ consider what function different activities in their life serve for the purposes of stimulating behavioral activation, pleasant activity scheduling and balance. ^b ABCD model refers to the cognitive-behavioral model, whereby, individuals can understand their emotional responses to situations through considering the A = ‘Activating event’ or situation; the resulting B = ‘Beliefs’ or automatic thoughts that followed, the C = ‘Consequences’ in terms of emotions and physiological sensations, and then the D = ‘Doing’ actions (behaviors) that they engaged in as a result.

Anexo C

Contenido del programa AI-TA y el grupo de control (Hu et al., 2025)



Anexo D

Preocupaciones (precipitantes y actuales) relacionadas con el cáncer y factores de mantenimiento (Hagström et al., 2019)

		Precipitatory cancer-related concerns	Maintaining factors	Current cancer-related concerns	Maintaining factors
<p>Key characteristics</p> <p>Social avoidance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Not feeling liked or accepted ○ Fear of causing discomfort and being a burden ○ Fear of rejection/exclusion ○ Social performance rumination ○ Refrain from expressing feelings and needs ○ Social withdrawal 		<ul style="list-style-type: none"> • Decreased interaction with peers, causing delayed social adolescent development (e.g., dating, going to parties) • Distressing peer behavior (e.g. peers not understanding of cancer experience, overtly avoiding and/or making hurtful comments, being overly emphatic, being tense or uncomfortable) • Significant drop in social status, due to changed appearance and loss of previously valued skills 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiding signs of vulnerability • Only sharing positive news • Social withdrawal • Only spending time with adults 	<ul style="list-style-type: none"> • Fear of rejection and exclusion • Fear of causing discomfort in others • Insecurity: not feeling genuinely liked or accepted • Fear of being a burden • Lack of social skills • Anticipatory anxiety (e.g., recalling previous negative social experiences) 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoidance of expressing own thoughts, feelings and needs • Low levels of assertiveness • Preparatory safety behaviors (e.g., preparing conversation topics) • Post-mortem rumination of social performance (e.g., looking for signs of being disliked or possible discomfort in others: "Did I say something hurtful?") • Withdrawal from social activities and taking social initiatives
<p>Fear of emotions and bodily symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Intrusive cancer-related thoughts and memories ○ Health anxiety ○ Loneliness anxiety ○ Avoidance behaviors ○ Obsessions and compulsions 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prior to diagnosis:</i> diffuse symptoms that turned out to be cancer • <i>During treatment:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Repeated long-term exposure to pain, discomfort, other aversive physical symptoms - Acute life-threatening medical events • Careful observation by healthcare professionals • Dependency on caregivers (e.g., parents) • Post-treatment: late effects (e.g., nausea, pain, fatigue) 	<ul style="list-style-type: none"> • Detachment • Humor • Rest • Seeking reassurance • Distraction from thinking of one's situation • Compulsive hand washing, cleaning and organizing 	<ul style="list-style-type: none"> • Fear of bodily symptoms associated with illness • Fear of physical anxiety symptoms (e.g., panic attacks) • Fear of being alone • Fear of cancer-related reminders • Fear of not detecting symptoms of disease (including fear of cancer recurrence) 	<ul style="list-style-type: none"> • Body scanning • Googling symptoms • Seeking reassurance from healthcare professionals • Hypervigilance towards feared symptoms • Distraction from feared symptoms • Avoidance of activities that may elicit or increase awareness of feared symptoms (e.g., exercise of relaxation) • Avoidance of being alone • Compulsive hand washing, cleaning and organizing
<p>Imbalance in activity</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identity difficulties ○ Fear of failure ○ Lack of routines ○ Lack of engagement with positively reinforcing activities ○ Maladaptive stress behaviors and procrastination 		<ul style="list-style-type: none"> • Disruption of routines (e.g., spending time at hospital or at home) and decreased participation in school, hobbies and social activities • Falling behind peers academically and socially • Numerous life-interrupting stressors, including invasive treatments and distressing side effects • Cancer-related losses, including loss of identity, self-dependency, loss of power and control 	<ul style="list-style-type: none"> • Withdrawal from previously positively reinforced activities • Inactivity • Continuing with engagements at a similar pace as before, despite limitations in energy • School absence • Social withdrawal 	<ul style="list-style-type: none"> • Low mood/depression • Fear of failure • Impact of late effects (e.g., fatigue) • Difficulties establishing routines (exacerbated by at-need employment by the hour, irregular study/work hours, or unemployment) • Memory difficulties • Emotional numbness and dejection • Irritability • Difficulties returning to school 	<ul style="list-style-type: none"> • Withdrawal from positively reinforcing activities • Procrastination • Stress behaviors (e.g. not taking breaks or planning for restoration, working over-time, "hurry behaviors", and ineffective problem-solving)
<p>Worry and rumination</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Worry about the future ○ Fear of cancer recurrence ○ Decisional anxiety ○ Depressive rumination ○ Existential rumination 		<ul style="list-style-type: none"> • Uncertainty and unpredictability during treatment (e.g., treatment duration, severity of side effects, complications and chances of survival) • Risk of cancer late effects, including infertility • Risk of cancer recurrence • Life disruptions and losses 	<ul style="list-style-type: none"> • Not planning ahead or putting plans on hold • Trying to understand why he/she is the one who has cancer • Reassurance-seeking • Push away distressing thoughts and fears • Longing for getting one's old life back • Plan what to do when returning to old life 	<ul style="list-style-type: none"> • Fear of recurrence and cancer late effects • Fear of wasting time and not getting the life one wants • Feelings of failure, hopelessness and inferiority • Guilt for not appreciating being healthy and enjoying life 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoidance of long-term commitments • Reassurance-seeking • Procrastination • Decisional anxiety • Depressive and existential rumination • Self-reproaching rumination • Ruminative comparison with successful peers and other cancer survivors (thoughts of being inferior and a failure) • Rumination on the meaning of life and cancer-related losses