



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Programa de entrenamiento en optimismo para mujeres con cáncer de mama

Alumno/a: Ana Gutiérrez Calvo

Tutor/a: Dña. Ana María García León
Dpto.: Psicología

Mayo, 2021

Índice

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
METODOLOGÍA	9
Participantes	9
Instrumentos de evaluación	10
Procedimiento	11
DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	13
SESIONES	13
SESIÓN 1. Psicoeducación.	13
SESIÓN 2. Estilo explicativo optimista.	14
SESIÓN 3. Estilo explicativo optimista.	15
SESIÓN 4. Afrontamiento dirigido a la meta.	16
SESIÓN 5. Afrontamiento dirigido a la meta.	17
SESIÓN 6. Optimismo.	17
SESIÓN 7. Despedida.	18
SESIONES DE SEGUIMIENTO 1 Y 2.	19
Cronograma	19
Presupuesto	20
RESULTADOS PREVISTOS	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	30
ANEXO I. Instrumentos de evaluación	30
ANEXO II. El optimismo y su efecto sobre el bienestar psicológico	37
ANEXO III. Tarea para casa	37
ANEXO IV. Estilo explicativo optimista y pesimista.	38
ANEXO V. Identificando mi estilo	39
ANEXO VI. Triángulo de influencia existente entre situación-pensamiento-consecuencia	39
ANEXO VII. Autorregistro para casa	39
ANEXO VIII. Nombeno vs Dalepué	40
ANEXO IX. Autorregistro para casa	40
ANEXO X. Estrategias de afrontamiento.	41
ANEXO XI. Tormenta de ideas	42
ANEXO XII. Las metas a corto y largo plazo.	43
ANEXO XIII. Tarea para casa	43
ANEXO XIV. Algunos pasos para lograr con éxito las metas y la importancia de la persistencia	44
ANEXO XV. Autorregistro para casa	45

ANEXO XVI. Nadie me para	45
ANEXO XVII. Afrontamiento correcto	45

RESUMEN

El cáncer de mama provoca un gran impacto biológico, psicológico y social. Se ha demostrado en diversos estudios que fortalecer la perspectiva optimista puede contribuir a afrontar esta enfermedad, aumentando el bienestar psicológico y la calidad de vida (Finck et al. 2018). El objetivo de este TFG es crear un programa de intervención para fomentar el optimismo en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama mejorando así su bienestar psicológico y calidad de vida. Para ello, se realizará una entrevista para seleccionar la muestra y se llevarán a cabo varias evaluaciones mediante estos instrumentos: LOT-R, Escala de Bienestar Psicológico, QLQ-C30 y BR23, CSI. El programa estará dividido en cuatro bloques en los que se trabajará psicoeducación, estilo explicativo optimista, entrenamiento en estilos de afrontamiento y se reforzará lo aprendido. Se espera cumplir los objetivos planteados y poder guiar a las participantes a superar esta etapa de la manera menos traumática posible.

Palabras Clave: Cáncer de mama, optimismo, bienestar psicológico, calidad de vida

ABSTRACT

Breast cancer has a major biological, psychological and social impact. Several studies have shown that strengthening an optimistic outlook can contribute to coping with the disease, increasing psychological well-being and quality of life (Finck et al. 2018). The main objective of this work is to create an intervention programme with the goal of promoting optimism in women diagnosed with breast cancer, improving their psychological well-being and quality of life. For this purpose, an interview will be conducted to select the sample and several assessments will be carried out using these instruments: LOT-R, Psychological Well-Being Scale (EBP in Spanish), QLQ-C30 and BR23, CSI. The programme will be divided into four blocks in which psychoeducation, optimistic explanatory style, training in coping styles and reinforcement of what has been learned will be worked on. It is hoped not only to meet the objectives, but also to be able to guide the participants through this stage in the least traumatic way possible.

Keywords: Breast cancer, optimism, psychological well-being, quality of life

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el cáncer de mama es el tumor más frecuente dentro de la población femenina, se estima que el riesgo de padecerlo a lo largo de la vida es de 1 de cada 8 mujeres aproximadamente (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2018). Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2018), se puede definir como un tumor maligno originado en el tejido de la glándula mamaria, cuyas células tumorales tienen la capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y alcanzar órganos alejados llegando a implantarse en ellos.

En España, según el Observatorio del Cáncer (AECC, 2018) se diagnosticaron 33.307 nuevos casos de cáncer de mama en 2019, la mayoría de ellos en mujeres de entre 45 y 65 años. Esto representa más del 30% de todos los tumores diagnosticados en mujeres en nuestro país. Aunque este es un gran número de casos, las tasas de mortalidad van descendiendo poco a poco gracias a los avances en los tratamientos y la detección precoz, lo cual se traduce en una supervivencia global del 82.8% a los 5 años del diagnóstico. Esto provoca un aumento de la prevalencia del cáncer de mama, estimada en 2018 en 129.928 personas, aunque estos números van variando con los años.

Sin embargo, a pesar de todos estos avances y el aumento del número de pacientes recuperadas, su diagnóstico supone un gran impacto, tanto biológico como psicológico, en la vida de las mujeres que lo padecen, así como de sus familiares y allegados. La mayoría de personas relacionan cáncer con enfermedad grave y agresiva, con una serie de tratamientos invasivos o, incluso, con la muerte. Esto suele provocar que el diagnóstico de esta afección se interprete como una amenaza, generando una reacción de ansiedad, la cual se puede volver más intensa si se percibe que los recursos con los que se cuenta para hacerle frente son insuficientes para poder controlar las futuras consecuencias (Cano, 2005). También suele ir acompañada de una reacción de tristeza, siendo frecuentes el miedo, la incertidumbre, la inestabilidad emocional... Estas respuestas emocionales pueden desembocar en trastornos, como por ejemplo el de ansiedad o del estado de ánimo, si no se cuenta con el acompañamiento psicológico adecuado (Cano, 2005). Aunque, debido a las diferencias individuales y dependiendo del momento o etapa en la que se encuentre la paciente, estas respuestas emocionales pueden diferir, ya que cada persona tiene unas necesidades específicas (Vergani et al., 2019).

Tanto el diagnóstico, el tratamiento como las consecuencias del cáncer de mama suponen una “fragilización psicológica” en las mujeres que lo padecen. Especialmente en

los casos que implican una mastectomía, ya que se genera una doble crisis: por un lado, existe un riesgo quirúrgico que provoca cierto miedo, y por el otro, se produce una ablación del pecho dañado que provoca una alteración muy importante de la imagen corporal, la función reproductiva y materna (Gómez, 2005). Además, las pacientes que deben recibir quimioterapia sufren varios efectos secundarios, siendo los más frecuentes alopecia, náuseas y vómitos, que provocan un debilitamiento y aislamiento de familiares y vida social (Gómez, 2005; Montgomery y Bovjerg, 2003). Por tanto, el cáncer implica una gran complejidad, ya que el pronóstico de su evolución depende de la etapa de presentación, provocando una serie de cambios psicológicos, físicos y sociales, tanto a nivel personal como a nivel familiar y social, afectando la calidad de vida en el grupo de mujeres que lo padecen (Velásquez et al., 2007).

En algunas ocasiones, estos cambios se traducen en comportamientos no funcionales que influyen negativamente en un buen manejo de la enfermedad y, por tanto, pueden producir una disminución del bienestar psicológico (Oliveros et al., 2010). Por consiguiente, el tratamiento de las pacientes no puede limitarse a la perspectiva biológica, es decir, no solo hay que elegir las técnicas de intervención que proporcionen una mayor probabilidad de supervivencia, sino que hay que hacer hincapié igualmente en una recuperación que incluya tanto el plano psicológico como el social, mediante un programa de atención integral.

Históricamente, en el plano psicológico, la investigación psico-oncológica ha centrado su atención en el déficit, principalmente en la depresión, la ansiedad y la pérdida de funcionalidad. Pero en los últimos años, ha ido emergiendo una perspectiva centrada en recursos personales, como el optimismo (Colby y Shifren, 2013; Saboonchi et al., 2016).

El optimismo se puede definir como una creencia o expectativa generalizada y estable de que ocurrirán sucesos positivos (Scheier y Carver, 1985). Está asociado con la salud física y mental, la calidad de vida e incluso la mortalidad (Anthony et al., 2016). Habitualmente, las personas optimistas generalizan expectativas positivas a todos los ámbitos de la vida, mientras que las pesimistas generalizan las negativas, lo que va a influir en cómo se sienten (Carver y Scheier, 2002). Aunque el diagnóstico y el tratamiento del cáncer supone un gran impacto psicológico, las personas optimistas suelen mantener esa expectativa general de que las cosas se desarrollarán de manera positiva, disminuyendo así las probabilidades de experimentar angustia el año siguiente a su diagnóstico y tratamiento (Carver et al. 1993; McGregor et al., 2004).

En cuanto al pronóstico, en un estudio realizado con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en estadio temprano, al comparar optimismo y pesimismo, se ha observado que las mujeres que presentan niveles más altos de optimismo tienen un mejor pronóstico y experimentan una mayor satisfacción con la vida (Carver et al. 1994). Por otro lado, en otro estudio, realizado también con pacientes diagnosticadas con cáncer, se ha demostrado que aquellas que presentan niveles más bajos de optimismo tienen tasas más altas de recurrencia y mortalidad (Ha y Cho, 2014).

Autores como Hwang (2003) y Giesinger (2011) han demostrado el impacto perjudicial que supone el cáncer en la calidad de vida de los pacientes. Según la OMS (1995), la calidad de vida hace referencia a “la percepción subjetiva y temporal que tienen las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, en asociación con su contexto histórico, cultural y social. También, influyen su sistema de valores y creencias y sus metas, expectativas y estándares” (Lostaunau et al., 2017). Aunque en pacientes oncológicos, se utiliza el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, el cual se refiere al “impacto que tiene la enfermedad y su tratamiento sobre cómo dimensionan su bienestar y su vida en general, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades” (Schwartzmann, 2003).

Por tanto, a la hora de tener en cuenta este concepto, hay que considerar los aspectos psicológicos como parte fundamental del mismo, ya que engloba tanto los efectos objetivos de la enfermedad como las expectativas subjetivas (Sosnowski et al., 2017). Es por ello que se ha hecho especial hincapié a cómo los rasgos de personalidad y las diferencias individuales pueden influir en la calidad de vida, uno de ellos el optimismo (Zenger et al., 2011; Huang et al., 2017).

Varios estudios (Milbury et al., 2011; Applebaum et al., 2014; Thieme et al., 2017), en los que se ha analizado la correlación entre optimismo y calidad de vida, han demostrado la existencia de una asociación entre estas variables. Hay evidencias que afirman que una mejor calidad de vida se asocia con optimismo y con la utilización de estrategias de afrontamiento activo (Fawzy et al., 1993; Mera y Ortiz, 2012). Las personas optimistas tienen mayor probabilidad de utilizar estilos de toma de decisiones racionales, usar estrategias de afrontamiento activo, tener buena capacidad para establecer metas y buscar alternativas, mientras que las personas que muestran niveles más bajos de optimismo es más probable que utilicen estrategias de afrontamiento evitativas (Carver et al., 2010; Magnano et al., 2015). En estudios anteriores también se confirmó que el

optimismo es un predictor de salud, bienestar y ajuste frente a situaciones estresantes (Peterson et al., 1988; Carver et al., 1994).

Otra de las consecuencias de esta patología es la disminución del bienestar psicológico, como se comentó anteriormente. Se considera que una persona tiene un estado de bienestar alto cuando experimenta satisfacción con su vida, su estado anímico suele ser bueno, aunque ocasionalmente experimente emociones poco placenteras. Existen evidencias que confirman que entrenando el optimismo y la capacidad de adaptación a la nueva situación se puede incrementar el bienestar psicológico (Brummet et al., 2006; Carver et al., 2010; Guil, Zayas et al., 2016).

Uno de los primeros estudios lo realizó Carver (1993), examinó el optimismo en un grupo de pacientes con cáncer de mama en estadio temprano. Evaluó los niveles de optimismo antes y después de la cirugía y, en todas las evaluaciones el resultado fue el mismo; el optimismo se asoció negativamente con el sufrimiento y positivamente con el reencuadre positivo y el humor. Además, las mujeres con niveles altos de optimismo informaron de una menor alteración del estado de ánimo.

Otra intervención llevada a cabo por Kim y So (2012) sobre predictores de ajuste psicosocial de pacientes con cáncer de mama precoz, afirmó que el optimismo es un factor importante que afecta a los síntomas depresivos. En ese estudio, las principales variables fueron el optimismo y el estilo de afrontamiento, las cuales mejoraron el ajuste psicosocial. Las puntuaciones más altas de optimismo se asociaron con puntuaciones más altas en estrategias de afrontamiento. Estos resultados quedan respaldados por otros estudios (Carver et al., 1993; Carver et al., 2005) en los que el optimismo de las mujeres con cáncer de mama correlacionó significativamente con el estilo de afrontamiento de la paciente.

Por otro lado, un programa basado en Psicología Positiva y terapia cognitivo-conductual en pacientes con cáncer refuerza todas estas afirmaciones (Louro et al., 2016). Su objetivo principal era la mejora de la calidad de vida y los estados de ánimo. Para ello, se aplicó el programa a un grupo experimental mientras que el grupo control no recibió la intervención. Al comparar los resultados entre ambos, se demostró que este programa de intervención mejoró el estado de ánimo positivo y la calidad de vida en los pacientes, evidenciando así que los programas de Psicología Positiva son efectivos en la intervención de pacientes con cáncer.

Con el mismo objetivo, aumentar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, se han propuesto varias terapias y formas de apoyo psicológico, como es el caso

de la psicoterapia grupal. Estas intervenciones utilizan la reflexión conjunta, el apoyo y el intercambio de experiencias para producir un cambio en las participantes. Se ha demostrado que este tipo de técnicas producen una mejora en el estado de ánimo y un mejor ajuste al cáncer (Rodríguez y Font, 2013).

Una vez demostrada esta asociación entre calidad de vida y optimismo en pacientes con cáncer, siendo el optimismo un factor potencial para modular la calidad de vida que disminuye tras el diagnóstico del cáncer (Thieme et al., 2017), se puede concluir que el entrenamiento del optimismo puede producir una mejora del bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Por lo que fortalecer la perspectiva optimista puede ayudar a hacer frente a la enfermedad y recuperar más rápido la calidad de vida (Finck et al. 2018).

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Objetivo general

Fomentar el optimismo en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama para mejorar su bienestar psicológico y su calidad de vida.

Objetivos específicos

- Aumentar el bienestar psicológico, aprendiendo a utilizar un estilo explicativo de los acontecimientos más optimista y generando expectativas más optimistas con respecto a los acontecimientos futuros.
- Ganar calidad de vida, a través del entrenamiento de un estilo de afrontamiento más activo.

METODOLOGÍA

Participantes

En esta propuesta de programa de intervención podrán participar solo mujeres mayores de 16 años diagnosticadas de cáncer de mama, independientemente de su nivel educativo, económico o laboral. Esta selección se realizará en el ámbito hospitalario, y se asegurará en todo momento el cumplimiento de las garantías éticas.

En cuanto a los criterios de inclusión se encontrarán ser mujer, ser mayor de 16 años y estar diagnosticada de cáncer de mama en estadio I, II o III. Sin embargo, se excluirán de esta intervención a las mujeres que hayan comenzado la quimioterapia o radioterapia y/o mujeres que hayan superado la enfermedad.

Solo habrá un grupo de participantes que recibirá la intervención.

Instrumentos de evaluación

Entrevista. Se realizará una entrevista semiestructurada de manera individual en la que se recogerán los datos necesarios para valorar si cumplen todos los criterios de inclusión (edad, estadio de la enfermedad diagnosticado, tratamientos...). En caso afirmativo, se informará de manera general del programa. Además, deberán firmar un consentimiento para aprobar su participación y rellenarán los instrumentos de evaluación pre-intervención de forma auto-administrada, cualquier duda será resuelta por el evaluador.

Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R) de Scheier, Carver, y Bridges (1994), la versión en español de Cano-García et al. (2015). Evalúa el optimismo a través de diez ítems: tres redactados en sentido positivo, tres en sentido negativo y cuatro de relleno, utilizando una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Las puntuaciones de los ítems referentes al pesimismo se invierten y se suman a las puntuaciones de los ítems referentes al optimismo, obteniendo así una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo. Su consistencia interna es aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,73 (Cano García et al., 2015).

Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989), adaptada por Van Dierendonck (2004), y traducida al español por Díaz et al. (2006). Evalúa 6 dimensiones de bienestar psicológico: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Consta de 39 ítems que se responden mediante una escala Likert de 6 puntos, desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Esta versión española cuenta con una consistencia interna alta, con valores comprendidos entre 0,71 y 0,83, exceptuando la escala de crecimiento personal cuya consistencia es aceptable ($\alpha = 0,68$) (Díaz et al., 2006). Estos valores son similares a los obtenidos en la versión original propuesta por Van Dierendonck (2004).

Cuestionario general de Calidad de Vida para pacientes oncológicos (QLQ-C30, versión 3.0) y Cuestionario de Calidad de Vida específico para pacientes con cáncer de

mama (QLQ-BR23) del grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (1992). El QLQ-C30 evalúa la calidad de vida mediante un cuestionario general compuesto por nueve escalas, cada una de ellas representa un aspecto diferente de la calidad de vida. Cinco de ellas tratan de medir lo que los pacientes son capaces de realizar en la vida diaria, es decir, la autonomía personal, a través de su funcionamiento físico, emocional, social, cognitivo y de rol, tres están dirigidas a los síntomas: fatiga, dolor y náusea/vómitos y la última se trata de una escala global de salud/calidad de vida. Además, contiene ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida del apetito, insomnio, estreñimiento/diarrea y el impacto financiero. Se utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones, exceptuando la escala global que tiene 7. Se complementa con un módulo específico para el cáncer de mama (QLQ-BR32), cuyo cuestionario, también con 4 opciones de respuesta, consta de dos partes: una se centra en el área de nivel de funcionamiento y la otra se centra en síntomas. La primera de ellas está formada por varias escalas: imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute del sexo y preocupación por el futuro. La segunda está compuesta por tres escalas de síntomas: movilidad del brazo, síntomas en la mama, efectos secundarios de los tratamientos y un ítem de preocupación por la pérdida del pelo. Todas las escalas del BR23 y del C30 muestran una consistencia interna adecuada, con un coeficiente alfa de Cronbach con valor superior a 0,70, excepto la escala de funcionamiento cognitivo (Irrázaval et al., 2013).

Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984) en su versión española de Otero López (1998). Mide el grado de afrontamiento activo (o estrategias dirigidas a la acción: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social) y de afrontamiento pasivo (o estrategias no dirigidas a la acción: evitación de problemas, pensamientos ansiosos, autocrítica y retirada social). Está formado por 40 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert. Su consistencia interna oscila entre 0,63 y 0,89 (Cano García, et al., 2007).

Procedimiento

Para llevar a cabo este programa de intervención será necesario obtener todos los permisos necesarios para su realización. En primer lugar, se solicitará permiso al Comité de Bioética del SAS y a los diferentes hospitales públicos en los que se aplicará esta intervención. Una vez obtenidos, el siguiente paso será darle publicidad, para ello se

pondrán carteles informativos sobre este programa en los servicios de oncología de los hospitales, donde se llevará a cabo la selección de la muestra. Se contará con la ayuda de enfermeros/as que trabajan con los pacientes oncológicos, se encargarán de dar información a las mujeres interesadas, las cuales elegirán libremente su participación. Estas dejarán sus datos para posteriormente ponerse en contacto con ellas y concretar una entrevista.

Esta primera entrevista será individual y tendrá lugar en una sala habilitada por el hospital y una duración de 45 minutos aproximadamente. En ella, se recogerán los datos necesarios para comprobar si cumplen los criterios de inclusión y, en caso afirmativo, se informará sobre la naturaleza y objetivos de la intervención. Además, deberán leer la hoja de información y firmar el modelo de consentimiento informado, donde se asegurará el cumplimiento de las garantías éticas. Por último, deberán rellenar los instrumentos de evaluación pre-intervención de forma auto-administrada, aunque el evaluador permanecerá a su lado para resolver cualquier duda. Toda esta información se pasará a una base de datos y servirá de línea base para comenzar la intervención.

Para llevar a cabo este programa, se realizarán varias evaluaciones. La pre-evaluación tendrá lugar durante la entrevista, en la cual deberán rellenar los siguientes cuestionarios (anexo I): Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R), Escala de Bienestar Psicológico, Cuestionario general de Calidad de Vida para pacientes oncológicos (QLQ-C30, versión 3.0) junto con el Cuestionario de Calidad de Vida específico para pacientes con cáncer de mama (QLQ-BR23) e Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Una vez se establezca la línea base, se llevará a cabo el programa. Se tratará de una intervención grupal, cuya muestra la formarán entre 6 y 10 participantes. Será llevada a cabo por una psicóloga durante tres meses en espacios cedidos por los hospitales públicos donde se realizará.

Tras llevar a cabo todas las sesiones propuestas, en la última de ellas se realizará una evaluación post-intervención, en la que se volverán a pasar todos los instrumentos al igual que en la inicial, para verificar si existen cambios significativos en las participantes al comparar ambos resultados. Por último, se programarán dos sesiones de seguimiento, a los tres y seis meses, en las cuales se comprobará si esos cambios se mantienen a corto y/o largo plazo.

DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Para conseguir todos los objetivos planteados, se trabajará de forma grupal durante siete sesiones. Se seguirá una metodología participativa, en la que las participantes serán las protagonistas, y estará basada en el aprendizaje constructivo, para garantizar que los conocimientos adquiridos puedan ser generalizados a su situación personal.

La estructura de todas las sesiones será similar, se comenzará revisando la tarea de casa, a continuación, se explicará el contenido a tratar en ese día añadiendo ejemplos y se llevarán a cabo actividades para practicar y afianzar lo aprendido. Por último, se propondrá una tarea para que realicen en casa. Cada sesión tendrá una duración de 45 minutos aproximadamente.

Estas sesiones se dividirán en cuatro bloques: en el primero el objetivo será la psicoeducación, así como la creación de un clima agradable, en el segundo (sesiones 2 y 3) se trabajará el estilo explicativo optimista, llevando a cabo varias actividades, en el tercero (sesiones 4 y 5) se realizará el entrenamiento en estilos de afrontamiento, haciendo especial hincapié en el dirigido a la meta. Por último, en el cuarto bloque (sesiones 6 y 7) el objetivo será reforzar lo trabajado durante toda la intervención y comprobar si existen cambios significativos tras su aplicación.

Su duración será de tres meses. Cada bloque se realizará cada 15 días, pero las sesiones de un mismo bloque serán semanales. Tras finalizar, se programarán dos sesiones de seguimiento, una a los tres y otra a los seis meses, con el objetivo de comprobar si los cambios son duraderos en el tiempo.

SESIONES

SESIÓN 1. Psicoeducación.

Objetivos
-Crear un clima agradable y de confianza.
-Proporcionar una definición más adecuada de optimismo.
Actividades

Esta sesión comenzará con presentaciones, tanto de la psicóloga como de cada una de la participantes, que contarán de forma muy breve su experiencia con el cáncer de mama y cuáles son sus expectativas con respecto a este programa, las cuales anotarán en un folio que introducirán en una urna.
Más tarde se procederá a explicar qué es el optimismo y su efecto sobre el bienestar psicológico (anexo II). También se comentarán las técnicas que se utilizarán para entrenarlo: estilo explicativo optimista y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, especialmente el dirigido a la meta, las cuales se irán viendo de manera detallada durante las siguientes sesiones. Por último, se explicará que en cada sesión se propondrá una tarea para que realicen en casa y se hará hincapié en la importancia de estas. Se resolverán posibles dudas.
Tarea para casa (anexo III): Escribir la/s causa/s a las que atribuyen su enfermedad.
Duración 45 minutos.

SESIÓN 2. Estilo explicativo optimista.

Objetivos
-Ser conscientes de la influencia de los pensamientos optimistas y pesimistas sobre la conducta y de sus consecuencias.
Actividades
En primer lugar, se explicará el estilo explicativo optimista y el pesimista, añadiendo ejemplos (anexo IV). A continuación, se realizará una actividad: -Identificando mi estilo (anexo V): Cada una de las participantes deberá reflexionar si se acerca más al estilo optimista o pesimista a partir de la tarea para casa de la sesión anterior, es decir, teniendo en cuenta las causas a las que atribuye su enfermedad para posteriormente ponerlo en común con el resto.
En segundo lugar, se explicará el triángulo de influencia existente entre situación-pensamiento-consecuencia, poniendo ejemplos (anexo VI). Se llevará a cabo otra actividad: -Luchando contra el come-cocos: Se formarán dos grupos y se expondrá una situación adversa. Uno de los grupos deberá proporcionar aquellos pensamientos negativos que

surgen ante esa situación y las consecuencias asociadas. El otro grupo deberá proporcionar pensamientos alternativos que produzcan unas consecuencias más positivas. Para finalizar, se pondrá en común como se ha sentido cada uno de los grupos, diferenciando entre el malestar producido por los pensamientos negativos del primero y el bienestar del segundo.
Tarea para casa (anexo VII): Rellenar un autorregistro en el que pondrán situaciones vividas a lo largo de la semana junto con los pensamientos y consecuencias asociados. Además, deberán añadir alternativas más positivas a esos pensamientos y consecuencias.
Duración 45 minutos.

SESIÓN 3. Estilo explicativo optimista.

Objetivo
-Aprender a generar pensamientos alternativos positivos que proporcionen un mayor bienestar emocional.
Actividades
Cada una expondrá una situación-pensamiento-consecuencia recogida en el autorregistro de la sesión anterior, las demás participarán aportando pensamientos alternativos más positivos.
Posteriormente, se recordará brevemente el estilo explicativo optimista (anexo IV). A continuación, se realizará una actividad: -Nombeno vs Dalepué (anexo VIII): Esta actividad se realizará por parejas. En primer lugar, se reproducirá un vídeo (https://www.youtube.com/watch?v=jKGkot10cUw). En cada pareja una representará al Nombeno y la otra al Dalepué, describiendo los pensamientos y emociones de su personaje en las diferentes situaciones que aparecen en el vídeo. Posteriormente, una pareja de voluntarias representará esas escenas y entre todas las participantes deberán determinar cuál o cuáles son los pensamientos y emociones que proporcionan un mayor bienestar emocional en cada situación.
Tarea para casa (anexo IX): Escribir una situación cada día en la que el pensamiento-consecuencia utilizado le haya servido para aumentar su bienestar emocional.

Duración 45 minutos.

SESIÓN 4. Afrontamiento dirigido a la meta.

Objetivo
-Dar a conocer algunas estrategias de afrontamiento. -Comparar diferentes formas de afrontamiento con el fin de elegir el más adecuado según las circunstancias.
Actividades
Cada una de las participantes expondrá una de las situaciones anotadas en casa y se reforzará ese comportamiento recordando la importancia de elegir alternativas que mejoren el bienestar emocional.
Se explicará qué son las estrategias de afrontamiento, añadiendo ejemplos (anexo X). Se realizará una actividad: -Tormenta de ideas (anexo XI): En primer lugar, se completará una “Tabla de problemas” indicando los problemas o preocupaciones actuales en las diferentes áreas propuestas, añadiendo la manera en la que han tratado de solucionarlos. Posteriormente, deberán anotar diferentes opciones de solución según las estrategias planteadas: confrontación, búsqueda de apoyo y búsqueda de soluciones alternativas comparando cada una de ellas, para finalmente evaluar cuál sería la más efectiva y destacar la importancia de buscar una solución siempre que sea posible. Una vez seleccionada deberán planificar cómo llevar a cabo los distintos pasos que conducen a la solución. Cada una de las participantes expondrá voluntariamente alguno de sus problemas y la comparación entre las distintas formas de hacerle frente.
Para finalizar, se definirá lo que es una meta, explicando las diferencias entre meta a corto y largo plazo (anexo XII).
Tarea para casa (anexo XIII): Escribir una lista de metas a corto y largo plazo.
Duración 45 minutos.

SESIÓN 5. Afrontamiento dirigido a la meta.

Objetivos
-Fijar metas a corto y largo plazo y establecer pasos útiles para su consecución. -Fomentar la persistencia.
Actividades
Cada una expondrá algunas de las metas establecidas en casa y se pedirá que entre todas propongan formas para poder afrontarlas con éxito. A continuación, se repasarán las diferencias entre metas a corto y largo plazo (anexo XII).
Posteriormente se explicarán algunos pasos que pueden llevar a cabo para lograr sus metas (anexo XIV). Se realizará una actividad para que ellas mismas descubran sus cualidades y cómo podrán cumplir esas metas: -Árbol del éxito: Cada participante dibujará un árbol. En las raíces escribirán cualidades propias, en los frutos las metas a conseguir y en las ramas cosas que tendrán que hacer o cambiar para conseguir esas metas utilizando sus cualidades.
Explicar la importancia de la persistencia a la hora de cumplir las metas (anexo XIV). Después se visualizará un vídeo (https://www.youtube.com/watch?v=5ochTdwOFoQ) con el que se pretende motivar a las participantes a ser constantes en lo propuesto.
Tarea para casa (anexo XV): Elegir una actividad que suponga un pequeño esfuerzo para realizar a lo largo de toda la semana, en la que cada día tengan que dedicarle unos minutos con el fin de acabarla al final de la semana, anotarán en un autorregistro el tiempo dedicado cada día.
Duración 45 minutos.

SESIÓN 6. Optimismo.

Objetivo
-Consolidar los aprendizajes adquiridos durante las sesiones anteriores.
Actividades
En primer lugar, se repasará la influencia situación-pensamiento-consecuencia (anexo VI) y se realizará una actividad:

- Nadie me para (anexo XVI): Cada una de las participantes escribirán una situación estresante por la que han pasado a lo largo de su vida que no fue afrontada del modo adecuado, añadiendo pensamientos y consecuencias de su forma de actuar. Al lado, anotarán una manera alternativa, que hubiese implicado pensamientos y consecuencias más positivas.
En segundo lugar, se repasarán las estrategias de afrontamiento (anexo X) y se realizará una actividad: - Afrontamiento correcto (anexo XVII): Se expondrán casos de varias personas junto con sus problemas y su forma de hacerles frente, las participantes deberán determinar si la forma de afrontamiento utilizada es adecuada o no y justificar su respuesta.
Para finalizar, se repasará la definición de optimismo y su efecto sobre el bienestar psicológico (anexo II). Se resolverán posibles dudas y cada una de las participantes contará brevemente si se han cumplido las expectativas de la urna con respecto a este programa que expusieron en la primera sesión.
Tarea para casa: Cada una debe anotar los cambios percibidos en ellas mismas tras esta intervención.
Duración 45 minutos.

SESIÓN 7. Despedida.

Objetivo
-Rellenar los instrumentos de evaluación y cerrar la intervención.
Actividades
Esta última sesión se iniciará comentando la tarea de casa de la sesión anterior, es decir, cada una de las participantes deberá exponer al resto los cambios que creen haber conseguido tras esta intervención, la psicóloga les dará feedback aportando su percepción. También se agradecerá la participación voluntaria e implicación de todas las mujeres.
Para finalizar, deberán rellenar los instrumentos de evaluación post-intervención (anexo I): Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R), Escala de Bienestar Psicológico, Cuestionario general de Calidad de Vida para pacientes oncológicos

(QLQ-C30), junto con el Cuestionario de Calidad de Vida específico para pacientes con cáncer de mama (QLQ-BR23) e Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).
Duración 45 minutos.

SESIONES DE SEGUIMIENTO 1 Y 2.

Objetivo
-Aplicar los instrumentos de evaluación.
Actividades
En ambas sesiones se seguirá la misma dinámica. Se iniciará con una charla en la que cada participante contará brevemente su experiencia en estos meses y, posteriormente, deberán rellenar de nuevo todos los instrumentos de evaluación (anexo I): Test de Orientación Vital-Revisado (LOT-R), Escala de Bienestar Psicológico, Cuestionario general de Calidad de Vida para pacientes oncológicos (QLQ-C30, versión 3.0) junto con el Cuestionario de Calidad de Vida específico para pacientes con cáncer de mama (QLQ-BR23) e Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).
Duración 30 minutos.

Cronograma

SEPT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
OCT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
FEB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
MAY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

	Sesión 1		Sesiones 4 y 5
	Sesiones 2 y 3		Sesiones 6 y 7
	Sesiones de seguimiento		

Presupuesto

Recursos materiales	Nº unidades	Coste unitario	Coste total
Pizarra	1	30	30
Rotuladores pizarra	2	4	8
Borrador pizarra	1	2,50	2,50
Urna transparente	1	15	15
Bolígrafos	2	4,20	8,40
Rotuladores de colores	1	4,90	4,90
Cartulinas de colores	2	3	6
Folios	1	3,20	3,20
Proyector	1	80	80
		TOTAL	158
Recursos personales	Nº horas	Coste por hora	Coste total
Psicólogo/a	6h 30 min	60	390
		TOTAL	390
Otros servicios	Nº unidades	Coste unitario	Coste total
Cartelería	25	1,25	20
Fotocopias	300	0,04	12
		TOTAL	32
		COSTE TOTAL	580

RESULTADOS PREVISTOS

El cáncer supone un gran impacto en la vida de las personas que lo padecen, así como de sus familiares y allegados. Implica varios cambios psicológicos, físicos y sociales, tanto a nivel personal como a nivel familiar y social, afectando a la calidad de

vida y el bienestar psicológico. Por tanto, requiere un tratamiento de atención integral, incluyendo el plano biológico, psicológico y social.

Como demuestran varios estudios citados anteriormente, el entrenamiento en optimismo puede generar beneficios tanto físicos como psicológicos, produciendo una disminución en el impacto que su diagnóstico provoca (Fawzy et al., 1993; Mera y Ortiz, 2012).

Para concluir, con esta propuesta de programa de intervención se espera conseguir un aumento en el bienestar psicológico y la calidad de vida de todas las mujeres que han decidido participar, dichas mejoras se esperan conseguir en varios ámbitos:

A nivel social, la mejora de la calidad de vida y el bienestar en nuestras pacientes supondrá una mejora en las relaciones sociales de estas, ya que mejorará su estado de ánimo y disminuirán los síntomas negativos. Dicha mejora supondrá una mayor confianza y comunicación dentro del ambiente familiar y social, lo que desembocará en el mantenimiento de antiguas relaciones sociales o en la creación de nuevas, en función de las actividades y dinámicas que las pacientes acepten y vean como positivas para ellas.

A nivel laboral, el diagnóstico de esta enfermedad puede provocar una disminución del interés por el trabajo, incluso, no sentirse capaz de continuar en él, ya que supondrá nuevos retos que afrontar, para ello se trabajará la persistencia y el afrontamiento activo, lo cual ayudará a disminuir la frustración que se traducirá en una mejora en todos los ámbitos.

A nivel clínico, el optimismo, como ya se ha comentado, actúa como un factor modulador de la calidad de vida, es decir, a mayores niveles de optimismo mayor calidad de vida y mayores beneficios físicos y psicológicos. Por tanto, la aplicación de este programa supondrá una mejora de estos aspectos.

En cuanto al nivel personal, teniendo en cuenta todos los niveles anteriores, la mejora en cada uno de ellos supondrá una mejora en el ámbito personal.

En relación a las limitaciones, se pueden destacar varias: la primera de ellas es la falta de trabajo sobre los aspectos emocionales, muy importantes durante este proceso. La segunda, la necesidad de trabajar la autoestima y la imagen personal. También se pueden destacar limitaciones en cuanto a la muestra, ya que su tamaño es pequeño, por lo que será más complicado realizar generalizaciones. Además, quedan excluidas de este programa las mujeres que ya han comenzado un tratamiento o han superado la enfermedad y los hombres diagnosticados con esta afección, dejando fuera un amplio número de pacientes. Otra limitación a destacar es la ausencia de un grupo control, por lo

que no se pueden comparar los resultados y, por tanto, no se puede comprobar si los cambios son efectivos únicamente por la aplicación de este programa o influyen otros factores.

Una de las mejoras de este programa de intervención es la ampliación del número de sesiones con el objetivo de trabajar sobre los aspectos emocionales y la autoestima. Por otro lado, para hacer frente a las limitaciones en la muestra, se deberían incluir tanto a hombres como mujeres independientemente de la fase del proceso en el que se encuentren. También sería adecuado incluir un grupo control en futuras aplicaciones.

A pesar de estas limitaciones y las propuestas de mejora, el último fin de este programa de intervención es poder guiar a todas las mujeres afectadas a superar esta etapa de la manera menos traumática posible y que, para ello, puedan utilizar las técnicas presentadas a lo largo de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anthony, E.G., Kritz-Silverstein, D. y Barrett-Connor, E. (2016). Optimism and mortality in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Journal of Aging Research*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2016/5185104>
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., y Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 2(3), 299–306. <https://doi.org/10.1002/pon.3418>
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87 – 98.
- Asociación Española Contra el Cáncer (2018). *Pronóstico del cáncer de mama: mortalidad y esperanza de vida*. Recuperado el 10 abril 2021 de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
- Asociación Española Contra el Cáncer (2018). *¿Qué es el cáncer de mama?* Recuperado el 10 abril 2021 de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama>
- Brummett, B. H., Helms, M. J., Dahlstrom, W. G., y Siegler, I.C. (2006). Prediction of all-cause mortality by the Minnesota multiphasic personality inventory optimism-pessimism scale scores: Study of a college sample during a 40-year follow-up period. *Mayo Clinic Proceedings*, 81, 1541–1544.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2 (1), 71-80.

- Cano-García, F.J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Cano-García, F.J., Sanduvete-Chaves, S., Chacón-Moscoso, S., Rodríguez-Franco, L., García-Martínez, J., Antuña-Bellerín M. A. y Pérez-Gil, J. A. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R): Testing several models. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15 (2), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.01.003>
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.375>
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., Jr., y Clark, K. C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73(4), 1213-1220. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19940215\)73:4%3C1213::AID-CNCR2820730415%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19940215)73:4%3C1213::AID-CNCR2820730415%3E3.0.CO;2-Q)
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Brissette, I., (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 102-111. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.102>
- Carver, C.S., Scheier, M.F., y Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical psychology review*, 30 (7), 879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., y Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508.

- Colby, D. A., y Shifren, K. (2013). Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 10-20. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2012.686619>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L. y Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of general psychiatry*, 50(9), 681-689.
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., y Hinz, A. (2018). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
- Giesinger, J. M., Wintner, L. M., Oberguggenberger, A. S., Gamper, E. M., Fiegl, M., Denz, H., Kemmler, G., Zabernigg, A., & Holzner, B. (2011). Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. *Journal of Palliative Medicine*, 14(8), 904–912. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0086>
- Gómez, R. (2005). Cáncer de mama: Manejo quirúrgico del estadio I-II. Información al médico.
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S., y Mestre, J.M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13 (1), 127-138.
- Ha, E. H., y Cho, Y. K. (2014). The mediating effects of self-esteem and optimism on the relationship between quality of life and depressive symptoms of breast cancer patients. *Psychiatry investigation*, 11(4), 437.

- Huang, I. C., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A., y Wu, A. W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PLoS One*, 12(3), e0173806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173806>
- Hwang, S. S., Chang, V. T., Fairclough, D. L., Cogswell, J., y Kasimis, B. (2003). Longitudinal quality of life in advanced cancer patients: Pilot study results from a VA medical cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(3), 225–235. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00641-3](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00641-3)
- Irrázaval, M. Elisa, Rodríguez, Pía F, Fasce, Gerardo, Silva, Fernando W, Waintrub, Herman, Torres, Camilo, Barriga, Carolina, Fritis, Marcela, y Marín, Luis. (2013). Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Revista médica de Chile*, 141(6), 723-734. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000600006>
- Kim, H.Y., y So, H.S. (2012). A structural model for psychosocial adjustment in patients with early breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(1), 105–115.
- Lostaunau, V., Torrejón, C., y Cassaretto, M. (2017). Stress, Coping And Health-Related Quality Of Life In Breast Cancer Women. *Actualidades de Psicología* 31, (122), 75. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>
- Louro, A. C., Castro, J. F., y Blasco, T. (2016). Effects of a positive emotion-bases adjuvant psychological therapy in colorectal cancer patients: a pilot study. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 13(1), 113-125.
- Magnano, P., Paolillo, A., y Giacominielli, B. (2015). Dispositional optimism as a correlate of decision-making styles in adolescence. *SAGE Open*, 5(2), 215824401559200. <https://doi.org/10.1177%2F2158244015592002>
- McGregor, B. A., Bowen, D. J., Ankerst, D. P., Andersen, M. R., Yasui, Y., & McTiernan, A. (2004). Optimism, perceived risk of breast cancer, and cancer worry among a

- community-based sample of women. *Health Psychology*, 23(4), 339-344. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.4.339>
- Mera, P.C. y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 30 (3), 69-78. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>
- Milbury, K., Tannir, N. M., y Cohen, L. (2011). Treatment-related optimism protects quality of life in a phase II clinical trial for metastatic renal cell carcinoma. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(3), 313–320. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9301-1>
- Montgomery, G y Bovbjerg, D. (2003). Expectations of chemotherapy-related nausea: Emotional and experiential predictors. *Annals of Behavioral Medicine*, 25 (1), 48-54. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_07
- Oliveros Aríza, E., Barrera Cárdenas, M., Martínez, S., y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de psicología GEPU*, 1 (2), 19-29.
- Otero-López, J. (1998). *Psicología de la personalidad: manual de prácticas*. Ariel
- Peterson, C., Seligman, M. E., & Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.55.1.23>
- Rodríguez, E. y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología* 10, (2/3), 275-287
- Saboonchi, F., Petersson, L., Alexanderson, K., Bränström, R., & Wennman-Larsen, A. (2016). Expecting the best and being prepared for the worst: Structure, profiles, and 2-year temporal stability of dispositional optimism in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 25(8), 957-963. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4045>

- Scheier, M., y Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2), 09-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Sosnowski, R., Kulpa, M., Zieôtalewicz, U., Wolski, J. K., Nowakowski, R., Bakula, R., y Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European Journal of Urology*, 70 (2), 206–211. <https://dx.doi.org/10.5173%2Fceju.2017.923>
- Thieme, M., Einenkel, J., Zenger, M., y Hinz, A. (2017). Optimism, pessimism and self-efficacy in female cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(9), 849–855. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyx079>
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being, *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-643. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Velásquez, A., García, M. y Alvarado, S. (2007). Cáncer y psicología. *Sociedad Mexicana de Oncología, AC*, 6 (3), 71-75.
- Vergani, L., Marton, G., Pizzoli, S. F. M., Monzani, D., Mazzocco, K. y Pravettoni, G. (2019). Training cognitive functions using mobile apps in breast cancer patients: Systematic review. *JMIR MHealth and uHealth*, 7(3), e10855. <https://doi.org/10.2196/10855>

Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409 [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Zenger, M., Glaesmer, H., Hockel, M., y Hinz, A. (2011). Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(1), 87–94. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyq168>

ANEXOS

ANEXO I. Instrumentos de evaluación

Test de Orientación Vital- Revisado(LOT-R)

Por favor, sea lo más sincero y preciso que pueda. Trate de que no le influyan sus respuestas de una afirmación a otra. No hay respuestas correctas o incorrectas. Responda según su criterio en lugar de como cree que la mayoría de la gente respondería.

0 = Muy en desacuerdo

1 = En desacuerdo

2 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo

3 = De acuerdo

4 = Muy de acuerdo

	0	1	2	3	4
1.En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor					
2.Me resulta fácil relajarme					
3.Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará					
4.Siempre soy optimista en cuanto al futuro					
5.Disfruto un montón de mis amistades					
6.Para mí es importante estar siempre ocupado					
7.Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera					
8.No me disgusto fácilmente					
9.Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas					
10.En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas					

Escala de Bienestar Psicológico

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y responda a todas ellas rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. Recuerde no hay respuestas correctas o incorrectas.

0=Totalmente en desacuerdo

1=Bastante en desacuerdo

2=En desacuerdo

3=De acuerdo

4=Bastante de acuerdo

5=Totalmente de acuerdo

Apéndice 1 Escala de bienestar psicológico

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. *A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente
4. *Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida*
5. *Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga*
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
8. *No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar*
9. *Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí*
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
13. *Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría*
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
15. *Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones*
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad
20. *Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo*
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
22. *Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen*
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
25. *En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida*
26. *No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza*
27. *Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos*
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria
29. *No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida*
30. *Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida*
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
33. *A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo*
34. *No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está*
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo
36. *Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona*
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

Autoaceptación: Ítems 1, 7, 13, 19, 25, y 31. Relaciones positivas: Ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32. Autonomía: Ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33. Dominio del entorno: Ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39. Crecimiento personal: Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38. Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29.

Los ítems inversos se presentan en letra cursiva.

Los ítems seleccionados para la versión de 29 ítems se presentan resaltados en negrita.

Cuestionario general EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-BR32

SPANISH



EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

--	--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

31									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:

Durante la semana pasada:		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
15.	¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16.	¿Ha estado estreñida?	1	2	3	4
17.	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18.	¿Estuvo cansada?	1	2	3	4
19.	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20.	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21.	¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4
22.	¿Se sintió preocupada?	1	2	3	4
23.	¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24.	¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4
25.	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28.	¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA CÁNCER DE MAMA

Durante la semana pasada:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
2. ¿Tenía la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
3. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
4. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
5. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupado por la caída del pelo?	1	2	3	4
6. ¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
9. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
10. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
11. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
12. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
13. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4

Durante las últimas cuatro semanas:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
14. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
15. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
16. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
18. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
19. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
21. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
22. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo habitual?	1	2	3	4
23. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p.ej. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

Reproducido con permiso de los autores de la adaptación.

Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI)

Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejo usted esa situación. Lea cada frase y determine el grado en el que usted hizo lo que indica la frase marcando el número que corresponda:

0=En absoluto 1=Un poco 2=Bastante 3=Mucho 4=Totalmente

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me reprimí por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AL/T	EEM	PSD	APS	REC	EVP	REL
PD								
PC								
A cumplimentar por el evaluador								

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

ANEXO II. El optimismo y su efecto sobre el bienestar psicológico

El bienestar psicológico hace referencia al sentimiento de satisfacción con la vida, un estado anímico que generalmente es bueno, aunque esto no implica que en ocasiones también se experimenten emociones poco placenteras. En psicología se puede incluso considerar como sinónimo de felicidad, la cual está relacionada positivamente con una reparación emocional adecuada y una mejor calidad de vida. Tras el diagnóstico de la enfermedad el estado anímico puede verse afectado, junto con una mayor cantidad de emociones poco placenteras, incertidumbre, miedo, ansiedad... Esta “felicidad” puede disminuir.

Se ha demostrado por numerosos estudios que el bienestar psicológico puede mejorar mediante el entrenamiento del optimismo y la capacidad de adaptación a la nueva situación.

¿Cómo definirías el optimismo? Se puede definir como la creencia o expectativa generalizada y estable de que ocurrirán sucesos positivos. Ayuda a hacer frente a las dificultades con perseverancia, a confiar en las capacidades propias, a descubrir lo positivo de las personas y de las circunstancias. De hecho, las personas optimistas tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas, conductas de autocuidado, un mejor ajuste psicológico, a llevar a cabo hábitos para mejorar su salud física y mental, mantener buenas relaciones sociales, aceptar el apoyo de los demás y experimentar estados afectivos más positivos.

Se ha demostrado por tanto que un mayor optimismo da lugar a beneficios físicos y mentales, menores niveles de ansiedad y mejor bienestar psicológico.

ANEXO III. Tarea para casa

CAUSAS
-
-
-

ANEXO IV. Estilo explicativo optimista y pesimista

Peterson y Seligman formulan la existencia de un estilo explicativo optimista-pesimista, definido como una forma bastante estable que las personas utilizan para explicar las causas de algunas situaciones. Destacan tres dimensiones:

1. Personalización: hace referencia al lugar donde situamos las causas. Interna (autoculparse) o Externa (culpar a los demás).
2. Amplitud: hace referencia al alcance que tienen esas causas. Global vs Específica.
3. Permanencia: hace referencia a si las causas se mantienen más o menos en el tiempo. Permanente vs Transitoria.

Esta última es la más importante, debido a que, si la persona considera que la causa o las causas de las situaciones o eventos negativos son permanentes, es decir, siempre están presentes independientemente de lo que se haga, se dejarán de realizar esfuerzos para cambiar esa situación, dando igual en este caso las otras dos dimensiones.

Teniendo en cuenta estas dimensiones, se pueden diferenciar:

-El Estilo Explicativo Optimista, en el cual se atribuyen a causas externas, relacionadas a un ámbito concreto e inestables en el tiempo a los eventos negativos.

-El Estilo Explicativo Pesimista, en el cual se atribuyen a causas internas, que afectan de manera global a todos los ámbitos y estables en el tiempo a los eventos negativos.

Se ha demostrado empíricamente que el Estilo Optimista está relacionado con una mejor salud física y mental.

Ejemplos: A la hora de hacer frente al suspenso de una asignatura.

	Optimista	Pesimista
Personalización	Suspendí el examen porque había mucho ruido (externa)	Suspendí el examen porque soy malísimo en esta asignatura (interna)
Amplitud	Esta asignatura es algo complicada para mí (específica)	Soy malísimo en todas las asignaturas (global)
Permanencia	La próxima vez haré mejor el examen (transitoria)	Siempre voy a suspender esta asignatura (permanente)

ANEXO V. Identificando mi estilo

	OPTIMISTA			PESIMISTA		
CAUSAS	Externa	Inestable	Específica	Interna	Estable	Global

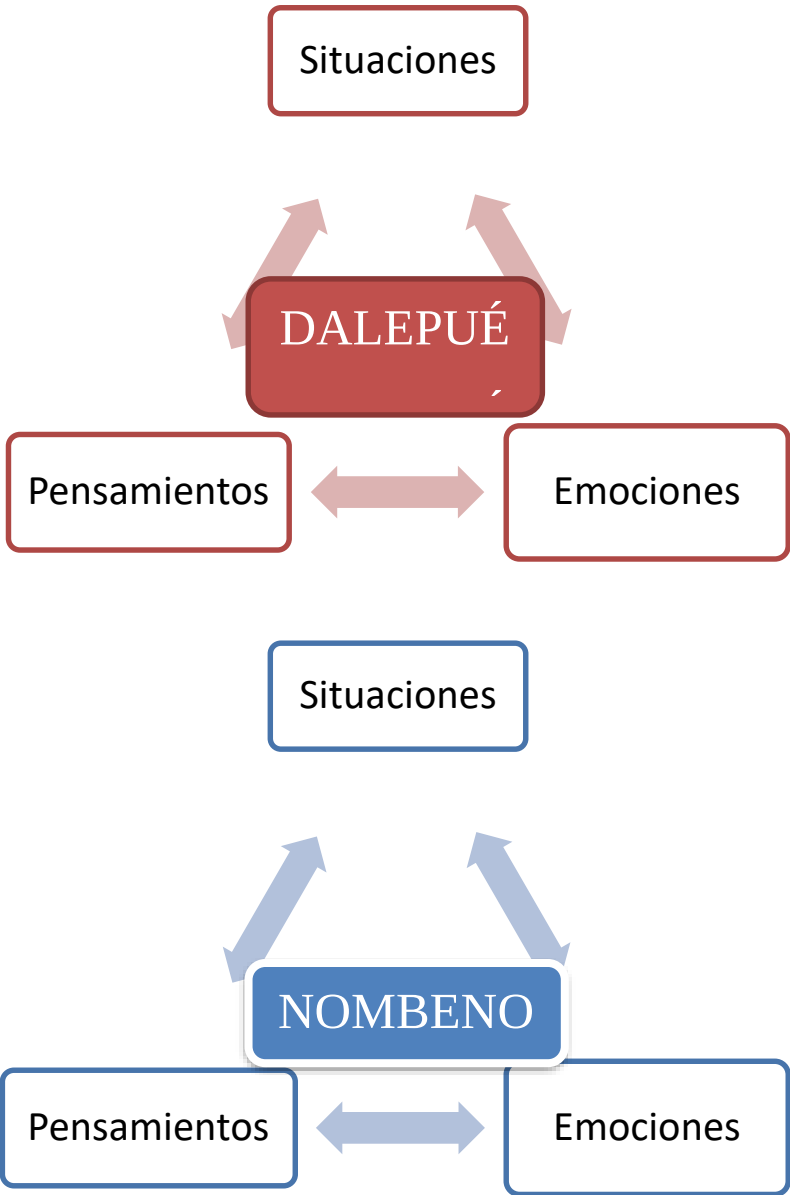
ANEXO VI. Triángulo de influencia existente entre situación-pensamiento-consecuencia

En ocasiones, ante ciertas situaciones surgen pensamientos que influyen en las consecuencias. Los pensamientos pueden ser el origen de lo que sentimos, lo cual afectará a nuestras acciones. Muchas veces, ante una situación generamos pensamientos antes de tiempo que pueden tener consecuencias negativas en nuestras acciones. Por ejemplo, en el trabajo mi compañera entrega un informe y el jefe dice que es mejor que el mío, yo empiezo a pensar que es porque mi jefe la considera superior (pensamiento), entonces empiezo a sentir envidia por ella (sentimiento), dejo de hablarle y me vuelvo más competitiva (consecuencia). Esto tendrá consecuencias negativas para mí, porque de un pensamiento erróneo he acabado generando un clima de trabajo incómodo que me genera malestar. Por ello, ante una situación debemos considerar pensamientos alternativos cuyas consecuencias sean más positivas para nosotras mismas, consecuencias que aumenten nuestro bienestar psicológico.

ANEXO VII. Autorregistro para casa

Situación	Pensamiento	Consecuencia	Pensamiento alternativo	Consecuencia alternativa

ANEXO VIII. Nombeno vs Dalepué



ANEXO IX. Autorregistro para casa

Situaciones	Pensamientos	Consecuencias

ANEXO X. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se pueden definir como un conjunto de herramientas cognitivas y conductuales con las que hacer frente a las demandas tanto internas como externas que son percibidas como excesivas para los recursos individuales. Se pueden diferenciar tres formas de afrontamiento principalmente: afrontamiento centrado en el problema, el afrontamiento centrado en las emociones y el afrontamiento de evitación.

-El primero de ellos hace referencia a los esfuerzos que llevamos a cabo para modificar aquellas demandas que generan el estrés, mediante la resolución del problema o la disminución de su impacto. Se suele utilizar cuando se realiza una evaluación del problema y se considera susceptible al cambio.

-La segunda hace referencia a los esfuerzos llevados a cabo para reducir sentimientos negativos provocados por los estresores. Normalmente se utiliza cuando, tras la evaluación del problema, se considera que no se puede hacer nada para modificarlo.

-El último hace referencia a los esfuerzos llevados a cabo para evitar el problema, ya sea no pensando en él o realizando otras actividades distractoras.

Vamos a ver diferentes estrategias para cada uno de estos tipos de afrontamiento:

1. Afrontamiento centrado en las emociones

-Expresión emocional, es fundamental expresar como nos sentimos. Si contenemos todas nuestras emociones no dejamos fluir lo que nos incomoda, nos genera dolor o lo que nos agrada será complicado que otras personas puedan apoyarnos.

-Apoyo social, hace referencia a la búsqueda de ayuda, información, comprensión y apoyo emocional en otras personas como familiares, amigos...

Estas dos estrategias se consideran adaptativas, ya que permiten una buena gestión de las emociones.

-Retirada social: dejar de realizar actividades, de quedar con amigos, de hacer planes...

Esta estrategia es desadaptativa, ya que impide gestionar de forma adecuada las emociones, aislarse no es una alternativa adecuada para afrontar los problemas.

2. Afrontamiento de evitación

-Distanciamiento: intentar no pensar en el problema o evitar que nos afecte.

Las estrategias de evitación disminuyen el estrés a corto plazo, ya que evitando un problema este no se soluciona, en algún momento habrá que hacerle frente y cuanto más lo dejemos más esfuerzo conllevará.

3. Afrontamiento centrado en el problema

- Resolución de problemas: buscar soluciones adecuadas.
- Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

Estas estrategias se consideran adaptativas, ya que son intentos de buscar soluciones y hacer frente al problema de manera activa para disminuir el estrés.

ANEXO XI. Tormenta de ideas

	Familiar	Salud física	Afectivo/ Emocional	Laboral/ Académico	Económico
Problema					
Solución					
Alternativas					

Confrontación	Búsqueda de apoyo social	Búsqueda de alternativas

ANEXO XII. Las metas a corto y largo plazo

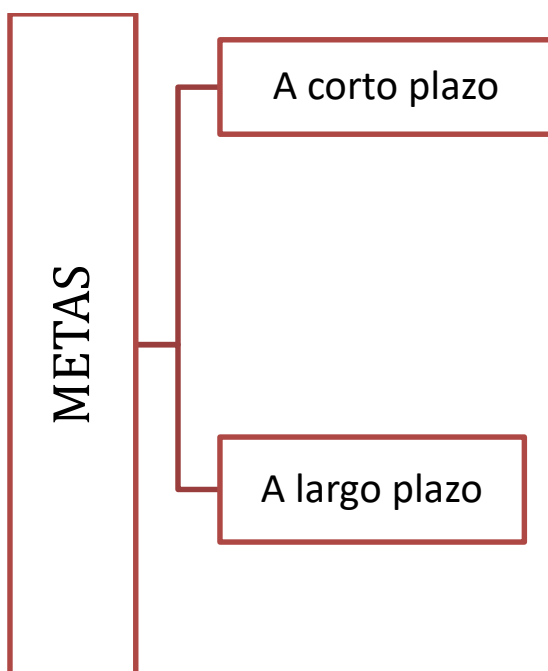
Según la RAE, meta se puede definir como “fin a que se dirigen las acciones o deseos de alguien”. Aportan seguridad a la hora de tomar decisiones. Además, ir consiguiendo poco a poco nuestros logros nos ayuda a continuar trabajando en ellos, ya que nos da un impulso de autoestima y confianza.

A la hora de proponernos una meta hay que ser realista, tener en cuenta nuestras capacidades y recursos para hacerle frente. Se pueden distinguir dos tipos de metas principalmente: metas a largo plazo y metas a corto plazo.

- Metas a largo plazo: son aquellas que nos proponemos para cumplir en un periodo de tiempo más amplio. Podríamos decir que son las metas a gran escala, por ejemplo, abrir un negocio, convertirme en médico.

-Metas a corto plazo: son aquellas que nos proponemos para cumplir en un periodo de tiempo relativamente corto. Muchas veces se utilizan como subdivisiones de la meta a largo plazo, es decir, como pequeñas metas que vamos consiguiendo para acercarnos más a nuestro objetivo final. Por ejemplo, en el caso de convertirme en médico, algunas metas a corto plazo serían entrar en el grado de medicina, ir aprobando todos los cursos, prepararme el MIR...

ANEXO XIII. Tarea para casa



ANEXO XIV. Algunos pasos para lograr con éxito las metas y la importancia de la persistencia

Para lograr con éxito las metas, vamos a destacar 5 pasos principales:

- El primer paso es definir nuestra meta, tenemos que tener claro que es lo que se quiere conseguir, cuál es nuestro objetivo. Para ello, hay que ser realista, establecer una meta teniendo en cuenta las capacidades y recursos propios.
- En segundo lugar, para que sea más fácil alcanzar nuestra meta podemos dividirla, de esta forma nos iremos poniendo objetivos pequeños que nos acerquen a nuestra meta final, así será más difícil abandonar su consecución puesto que iremos viendo pequeños logros a lo largo de todo el proceso, lo que significaran pequeñas dosis de autoestima y confianza en nosotros mismos.
- En tercer lugar, una vez que tenemos los objetivos claros, debemos pensar cómo vamos a proceder para conseguirlos y establecer un plan de acción.
- Una vez esté todo listo, debemos empezar a trabajar, llevar todo lo planificado a la práctica y veremos cómo poco a poco nos vamos acercando a nuestra meta.
- Por último, no siempre todo saldrá como esperábamos, hay que tener alternativas y seguir intentándolo hasta alcanzar nuestro objetivo. Hay que ser constante pero también flexible, para evitar la frustración cuando las cosas no salen como planeamos.

Persistencia

A la hora de hacer frente a nuestras metas, es fundamental la perseverancia. No siempre nos van a salir las cosas como queremos, esperamos o hemos planeado, y esto puede provocar cierta frustración, como hemos comentado anteriormente, para evitarlo hay que ser flexibles, buscar alternativas y mantenerse constante en su consecución. La persistencia es un rasgo personal muy importante a desarrollar, relacionado con nuestro desarrollo personal y superación, porque fallando también se aprende, las experiencias fallidas sirven de aprendizaje. Hay que seguir intentándolo hasta conseguir el éxito.

Visionado del vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=5ochTdwOFoQ>

ANEXO XV. Autorregistro para casa

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Sí							
No							

ANEXO XVI. Nadie me para

SITUACIÓN

-

PENSAMIENTO

-

Alternativo

-

CONSECUENCIA

-

Alternativa

-

ANEXO XVII. Afrontamiento correcto

PABLO: A Pablo hace dos días le llamaron del hospital para que fuese a repetirse unas pruebas. Pablo se asusta al pensar que pueda ser algo malo y decide no ir, considera que lo mejor es no volver a pensar en el tema.

ALICIA: Alicia ha suspendido el examen de inglés. Su prima es profesora de inglés así que ha decidido pedirle ayuda para lograr aprobar el siguiente.

LUIS: Los nuevos vecinos de Luis han organizado una fiesta en se jardín. Luis tiene que entregar un informe muy importante para su trabajo, pero no se puede concentrar con el ruido, al principio se coloca unos tapones, después decide cerrar las ventanas, pero aun así se escucha demasiado, así que decide ir a casa de los vecinos.